

## Trabajo Fin de Máster

**ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES  
DE USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN LA CIUDAD  
DE HUESCA**

**STUDY ON THE QUALITY OF LIFE OF FAMILY MEMBERS OF  
USERS OF GERIATRIC RESIDENCES IN THE CITY OF HUESCA**

Autora

**Ana Belén Mongio Pardo**

Directora

**María Jesús Cardoso Moreno**

Facultad de Ciencias de la Salud  
Máster de Gerontología Social  
Curso: 2020-21

## Índice

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Evolución y cambios en las relaciones familiares .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Ellos también importan .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 ¿Qué sentimientos aparecen tras el ingreso?.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Calidad de vida.....</b>	<b>13</b>
<b>2.5 Situación actual de salud .....</b>	<b>13</b>
<b>3. HIPÓTESIS .....</b>	<b>14</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Objetivo General .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1 Población seleccionada para el estudio: muestra .....</b>	<b>15</b>
<b>5.2 Criterios de inclusión y exclusión .....</b>	<b>16</b>
<b>5.3 Instrumentos de recogida de información.....</b>	<b>17</b>
<b>5.4 Procedimiento .....</b>	<b>18</b>
<b>5.5 Variables del estudio .....</b>	<b>19</b>
<b>5.6 Análisis de datos.....</b>	<b>21</b>
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 Análisis descriptivo de la muestra .....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Calidad de Vida .....</b>	<b>25</b>
6.2.1. Calidad de vida percibida en función del género. ....	27
6.2.2. Calidad de vida en función de la edad.....	28
6.2.3. Calidad de vida en función al estado civil .....	28

6.2.4. Calidad de vida en función del nivel de estudios. ....	29
6.2.5. Calidad de vida en función de la situación laboral. ....	30
6.2.6. Calidad de vida en función del parentesco con el residente. ....	30
6.2.7. Calidad de vida en función número de visitas al residente. ....	31
6.2.8. Calidad de vida en función grado de dependencia (ABVD) de los residentes .....	32
6.2.9. Calidad de vida en función patologías del residente.....	33
6.2.10. Calidad de vida en función de quien toma la decisión de ingresar en la residencia.....	33
6.2.11. Calidad de vida en función tiempo permanencia en residencia. ....	34
<b>7. DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>9. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>43</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 1: Abreviaturas .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico .....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 3: Cuestionario WHOQOL-BREF .....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 4: Propuesta de trabajo aceptada por la tutora .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 5: Consentimiento de participación de las residencias.....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 6: Permiso favorable del CEICA.....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo 7: Cronograma.....</b>	<b>63</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Proporción de personas mayores de 65 años en España y Aragón.....	8
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión .....	16
Tabla 3: Variables dependientes .....	20
Tabla 4: Variables Independientes .....	20
Tabla 5: Media de la calidad de vida, satisfacción con su salud, CVSF, CVSP, CVSRS, CVSA .....	27
Tabla 6: Valores de la media y nivel de significancia de la CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del género .....	28
Tabla 7: Media y Desviación Típica de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del estado civil. ....	29
Tabla 8: Nivel de significancia de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del nivel de estudios. ....	30
Tabla 9: Valores medios y nivel de significancia de la de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del parentesco. ....	31
Tabla 10: Valores medios y nivel de significancia de la CVG en función del número de visitas que realiza a la residencia.....	32
Tabla 11: Valores medios de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del nivel de dependencia del residente. ....	33
Tabla 12: Valores medios y nivel de significancia de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del tiempo de permanencia en la residencia.....	34

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Población total mayores de 65 años España 2018/21(trimestral). .....	8
Figura 2: Población total mayores 65 años Aragón 2018/21 (trimestral) .....	9
Figura 3: Tasa de dependencia por sexos en Aragón 2011-21 .....	10
Figura 4: Localización de Residencia Ciudad de Huesca y Casa Amparo.....	15
Figura 5: Porcentaje de la muestra según género.....	22
Figura 6: Distribución de la muestra en porcentaje según nivel de estudios ....	23
Figura 7: Distribución de la muestra en porcentaje según la situación laboral .	23
Figura 8: Porcentaje de residentes según su grado de dependencia.....	24
Figura 9: Proporción de patologías del residente .....	24
Figura 10: Tiempo que el residente lleva en la residencia .....	25
Figura 11: Persona responsable del ingreso en residencia.....	25
Figura 12: Porcentaje de visitas de los familiares a la residencia .....	26

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Las mejoras en las condiciones de vida y los avances sanitarios han propiciado que aumente la esperanza de vida, esto unido al descenso de natalidad han sido las principales causas del envejecimiento de la población en los países desarrollados. La Unión Europea estima que la población mayor de 65 años se multiplicará por seis en las próximas décadas.

El cambio en el concepto de familia y la incorporación de la mujer al mercado laboral han obligado a una modificación de los roles que cada miembro de la familia desempeñaba hasta hace unos años.

Las tradicionales formas de cuidado se van adaptando, no sin dificultades y de forma progresiva a las nuevas necesidades de las familias. Las residencias se convierten en un recurso muy demandado tanto por los adultos mayores como por sus cuidadores informales.

Los familiares responden de distintas formas ante la institucionalización de sus allegados, aflorando sentimientos de índole positiva o negativa.

**Objetivo:** Analizar el nivel de Calidad de Vida General (CVG), Calidad de Vida Percibida (CVP) y Satisfacción de Salud Percibida (SSP) por los familiares de personas institucionalizadas actualmente en residencias de la ciudad de Huesca.

**Metodología:** Se creó una muestra con 57 familiares de residentes permanentes de la residencia de Mayores Ciudad de Huesca y Casa Amparo de Huesca. Se realizó una encuesta sociodemográfica y se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario de WHOQOL-BREF.

**Resultados:** Se identificó que la percepción de Calidad de Vida se ve modificada directamente por nivel de estudios, situación laboral, número de visitas y parentesco de los familiares, así como características propias del residente, como la comorbilidad, grado de dependencia, motivo y tiempo de institucionalización, pero no por variables como el sexo y la edad.

**Conclusión:** Los familiares en general manifiestan una buena calidad de vida y están satisfechos con su estado de salud. La calidad de vida de los familiares es un indicador importante a tener en cuenta que repercute indirectamente en el bienestar de los residentes.

**Palabras clave:** calidad de vida, residencia de mayores, familiar, anciano.

## ABSTRACT

**Introduction:** The improvement of living conditions and health advances have favored the increase in life expectancy, this together with the decrease in birth rates has been the trigger for an aging population in developed countries. The European Union estimates that the population over 65 will multiply by six in the coming decades.

The change in the concept of family and the incorporation of women into the labor market have forced a modification of the roles that each member of the family played until a few years ago.

The traditional forms of care are adapting, not without difficulties and progressively, to the new needs of families. Residences become a resource in high demand both by older adults and by their informal caregivers.

Family members respond in different ways to the institutionalization of their relatives, raising feelings of a positive or negative nature.

**Objective:** Analyze the level of General Quality of Life (CVG), Perceived Quality of Life (CVP) and perceived Health Satisfaction (SSP) by the relatives of people institutionalized in residences in Huesca at present.

**Methodology:** A sample was created with 57 relatives of permanent residents of the Ciudad de Huesca residence for the elderly and Casa Amparo de Huesca. A sociodemographic survey was conducted and quality of life was assessed using the WHOQOL-BREF questionnaire.

**Results:** It was identified that the perception of Quality of Life is directly modified by educational level, work situation, number of visits and family relationship, as well as characteristics of the resident, such as comorbidity, degree of dependency, reason and time institutionalization, but not by variables such as sex and age.

**Conclusion:** Family members in general manifest a good quality of life and are satisfied with their state of health. The quality of life of family members is an important indicator to take into account and that indirectly affects the well-being of residents.

**Keywords:** quality of life, nursing home, family, elderly.

## 2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población a nivel mundial no admite ningún tipo de duda. Naciones Unidas advierte que la población mayor de 65 años en 2050 será del 16%, dicho de otra forma, una de cada 6 personas estará en esa franja de edad, casi el doble de la proporción actual. La estimación que hace para los mayores de 80 años es si cabe más llamativa, ya que esta población triplicara su población para 2050 (1,2).

La Unión Europea ratifica esta evolución y pronostica un aumento del 20% en población mayor de 65 años, multiplicado por seis a la actual. Este rápido envejecimiento compromete la calidad de vida y salud, aparece riesgo de desequilibrio en el mercado laboral, aumento de la demanda de servicios sociales y sanitarios, provoca alteraciones de la estructura familiar e incrementa el riesgo de soledad (1,3).

España no corre mejor suerte que el resto de los países, sino todo lo contrario, los últimos datos informan que la proporción de personas mayores de 65 años será alrededor del 26% en 2050. Los registros que se han realizado durante los últimos años confirman esta tendencia y Aragón es una de las CC. AA con tasas más altas de envejecimiento (4) (Figuras 1-2).



Figura 1: Población total mayores de 65 años España 2018/21(trimestral).

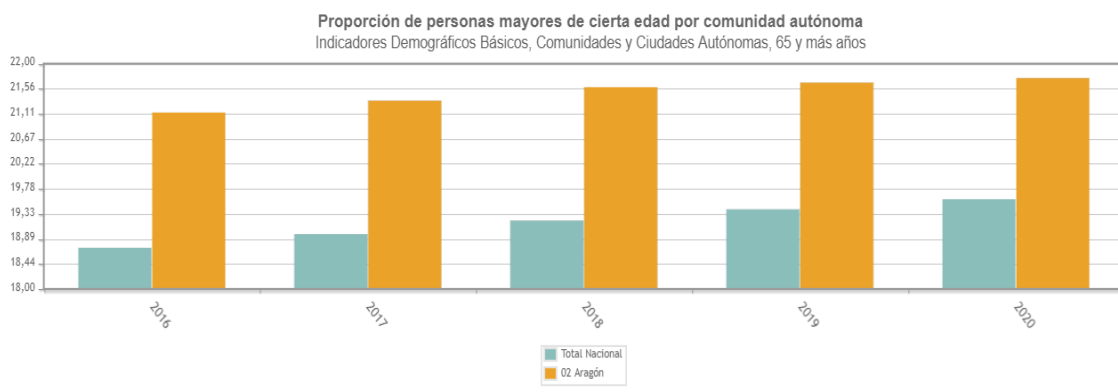




Figura 2: Población total mayores 65 años Aragón 2018/21 (trimestral)

Fuente: INE 2021

Tabla 1: Proporción de personas mayores de 65 años en España y Aragón



Fuente: INE 2021

El aumento de la esperanza de vida es un dato positivo que responde a la suma de muchos factores, pero no por eso deja de tener aspectos negativos, entre los que los que podemos destacar: dificultad para la gestión de los recursos derivada del aumento en la demanda, un ejemplo de esto sería el constante crecimiento de los índices de dependencia tanto a nivel nacional como de nuestra comunidad. En el siguiente gráfico (Figura 3) se observa un continuo incremento de las tasas de dependencia, apreciándose un ligero descenso en este último año, que puede responder a la alta mortalidad que ha sufrido este grupo como consecuencia del COVID-19 (4).

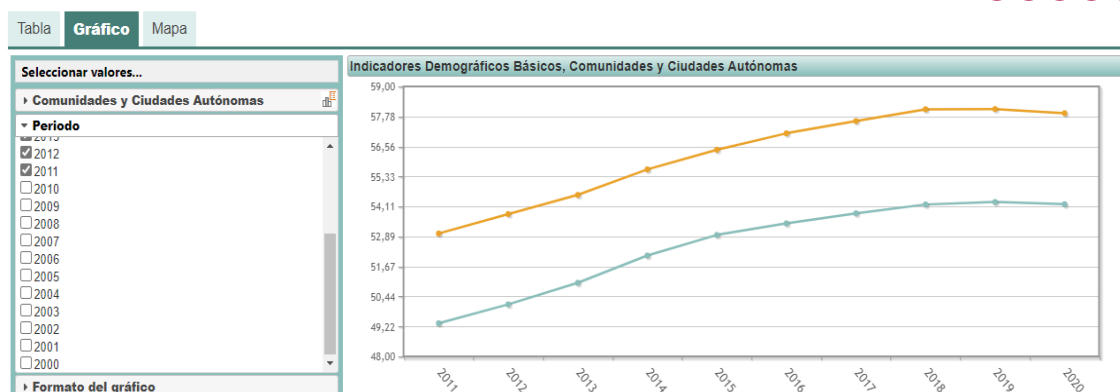


Figura 3: Tasa de dependencia por sexos en Aragón 2011-21

Fuente: INE 2021

Estas predicciones sugieren que se deben afrontar cambios en el modelo de cuidados, reestructuración de los servicios sociales y modificaciones en el gasto sanitario.

## 2.1 Evolución y cambios en las relaciones familiares

La sociedad evoluciona y con ella el concepto de familia. Durante las últimas décadas el tipo estándar de familia extensa o tradicional en la que convivían varias generaciones ha ido perdiendo su posición de liderazgo a favor de otros modelos de familia modernos; nuclear, compuesta exclusivamente de los cónyuges e hijos; monoparental, en la que solo hay un progenitor; compuesta sin nexo legal, formada por personas que crean un nuevo núcleo familiar aportando hijos de su núcleo anterior, y tantas otras como tipos relaciones existen actualmente (5).

La figura del anciano no ha sido ajena a estos cambios y coexisten dos perfiles totalmente contrarios, algunos siguen participando activamente en las actividades familiares, sobre todo cuidado de nietos, aunque no convivan bajo el mismo techo, pero en otras ocasiones quedan relegados a un segundo plano. Es importante resaltar la importancia que tiene la familia para el adulto mayor ya que sigue siendo su principal referente ante situaciones de necesidad, facilita la adaptación al proceso de envejecimiento y reduce los sentimientos de soledad mediante el acompañamiento. Por otro lado, cuidar a los mayores es una labor que nos enriquece como personas, además de la responsabilidad y esfuerzo físico se potencia la creación de un vínculo emocional mutuo (5).

Nuestra educación junto con la cultura mediterránea ejerce una gran influencia en lo que se refiere al cuidado de nuestros mayores. La responsabilidad y atención a este colectivo ya sean o no dependientes, sigue recayendo sobre los hombros de familiares directos, cónyuge o hijas principalmente.

La incorporación de la mujer al mundo laboral ha tambaleado los pilares, creencias y sostenibilidad de este modelo. Las mujeres reclaman su libertad y exigen un espacio propio para la realización personal y profesional. A nivel familiar se ha visto una disminución de la natalidad y el retraso de la maternidad, como principal causa asociado a motivos profesionales, estos y otros factores colaboran en la transformación de nuestra sociedad (6,7).

Son muchos los cuidadores informales que declaran tener dificultades para incorporarse al mundo laboral, aun así, las mujeres presentan mayor capacidad de aceptar este doble rol que los hombres (8).

En gran parte de nuestra sociedad persiste el concepto de que el cuidado de los mayores es una obligación que deben asumir los familiares por lo que se juzgan severamente aquellos casos en los que las familias se desvinculan de las necesidades y carencias que conlleva el propio envejecimiento, aún que existan motivos justificados.

## **2.2 Ellos también importan**

Otro aspecto para tener en cuenta son las preferencias de las personas mayores, la mayoría desean permanecer en el domicilio familiar. En las nuevas generaciones de ancianos se advierte cierta predisposición hacia un modelo de viviendas tuteladas "*housing*" que se implantó en Inglaterra a mediados del siglo XX y que tuvo una gran aceptación entre los mayores. Este modelo trata de prestar atención domiciliaria a personas con cierto grado de fragilidad o dependencia y evitar la institucionalización. Además, propone mejoras en la accesibilidad de la vivienda, fomenta la participación de la familia y conocidos para evitar el aislamiento y promueve el uso de las nuevas tecnologías y la teleasistencia como principales estrategias (8,9).

Los países nórdicos fueron los pioneros en ofrecer este tipo de viviendas, en la actualidad ofrecen servicio a personas incluso con necesidades de dependencia severa manteniendo un entorno privado que los mayores reconocen como su

“hogar” haciéndoles partícipes de las actividades diarias. Este tipo de instituciones comparten características con las residencias tal y como las conocemos en nuestro entorno, espacios comunes, servicio profesional durante 24 horas al día y actividades de ocio entre otros (9,10).

En España, ha habido un auge en la demanda de atención a domicilio y teleasistencia, pero la introducción de las viviendas tuteladas es un concepto sobre el que todavía hay que trabajar.

Por lo tanto, el modelo de residencia tradicional en el que atienden o cuidan a personas dependiente o con discapacidad es el más demandado en nuestra sociedad.

Con el propósito de dar respuesta a las demandas surgidas por los cambios sociodemográficos, familiares y de convivencia se plantea como objetivo principal garantizar la atención y cuidado de las personas frágiles además de proteger y apoyar a sus cuidadores a través de los servicios sociales (9).

En España, se elaboró la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia (11).

### **2.3 ¿Qué sentimientos aparecen tras el ingreso?**

El ingreso en una residencia, independientemente de si es o no voluntario pueden generar reacciones negativas tanto en los residentes como en los familiares sobre todo en los primeros meses y debido a la pérdida de contacto con su entorno social.

No es extraño que los familiares experimenten sentimientos encontrados, de tranquilidad y alivio asociados al descanso físico que experimentan los cuidadores de personas con un grado elevado de dependencia física o psicológica. Algunos manifiestan sentimientos de abandono, culpa, tristeza o ansiedad al preguntarse si recibirá los cuidados adecuados o si han tomado la decisión adecuada.

Es importante establecer canales de comunicación y apoyo mutuo con los profesionales de los centros para evitar situaciones indeseadas (12).

## **2.4 Calidad de vida**

La definición que da la OMS sobre el concepto calidad de vida responde a la percepción que el individuo sobre el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (13).

Esta definición se puede completar con otras que introducen aspectos objetivos individuales y colectivos, ya que la OMS se centra en aspectos subjetivos (14,15).

En función de lo que se quiere estudiar, existen distintos instrumentos para medir de la Calidad de Vida. El Ministerio de Sanidad mediante la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) realiza una encuesta sobre el estado de salud y los determinantes individuales, sociales y medioambientales de la salud, así como del uso que se hace de los servicios sanitarios (16).

Los resultados de esta encuesta y de otros estudios permiten realizar una radiografía de la población estudiada, además de utilizarse como predictor de enfermedades, esperanza de vida o utilización de servicios sanitarios.

En general las personas entre 45-65 años perciben como positiva su calidad de vida, siendo mejor entre los hombres con un nivel de estudios elevado (16,17).

Otro resultado de esta encuesta informa de que el 6% de las mujeres tenía a su cargo una persona mayor de 74 años, frente al 1,94% de los hombres y dedicaban una media de 3,37 y 0,96 horas semanales a ese cuidado respectivamente (16,17).

## **2.5 Situación actual de salud**

Hay que tener en cuenta que este trabajo se desarrolló en un periodo marcado por las restricciones impuestas como consecuencia de la pandemia mundial del COVID-19.

La enfermedad ha afectado a toda la población, siendo el grupo de mayores uno de los más castigados, por lo tanto, las medidas restrictivas implantadas en las residencias han sido estrictas desde que se decretó el estado de alarma en marzo de 2020.

Hoy en día y gracias al aumento del conocimiento sobre el comportamiento de la enfermedad, mecanismo de transmisión, periodo de incubación y principalmente a las vacunas, se han podido relajar alguna de estas medidas. Muchos residentes y familiares han sufrido un gran daño psicológico como consecuencia de la imposibilidad para seguir manteniendo un vínculo afectivo. Las residencias han intentado cubrir esta necesidad utilizando las nuevas tecnologías, pero muchos de los residentes no mantienen activa la capacidad para poder interactuar con sus allegados lo que aumenta el sentimiento de descontento y desolación en los familiares.

### **3. HIPÓTESIS**

¿Qué Calidad de Vida perciben los familiares de personas que residen en centros sociosanitarios de manera permanente?

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

Analizar el nivel de Calidad de Vida General (CVG), Calidad de Vida Percibida (CVP) y Satisfacción de Salud percibida (SSP) por los familiares de personas institucionalizadas en residencias de Huesca en la actualidad.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Evaluar la calidad de vida en los familiares de personas que están en residencias según las dimensiones de salud física, psicológica, de relaciones sociales y ambiental que contiene el cuestionario WHOQOL-BREF
2. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la calidad de vida entre sexos.
3. Establecer un perfil del familiar para poder conocer, valorar y abordar sus necesidades.
4. Observar cómo influye el nivel de estudios, situación laboral, relación familiar y frecuencia de las visitas que los familiares realizan a los residentes sobre la CVG, CVP Y SSP

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal para conocer el estado sobre la Calidad de Vida percibida de personas cuyos parientes o allegados residen de forma permanente en un centro sociosanitario en el momento actual.

### 5.1 Población seleccionada para el estudio: muestra

La composición de la muestra de este estudio de investigación estuvo formada por familiares directos e indirectos de personas mayores de 65 años institucionalizadas en la residencia de Mayores Ciudad de Huesca y fundación Residencia Nuestra Señora de la Merced o Casa Amparo ubicadas en la ciudad de Huesca.

La selección de la muestra fue mediante un muestreo aleatorio simple.

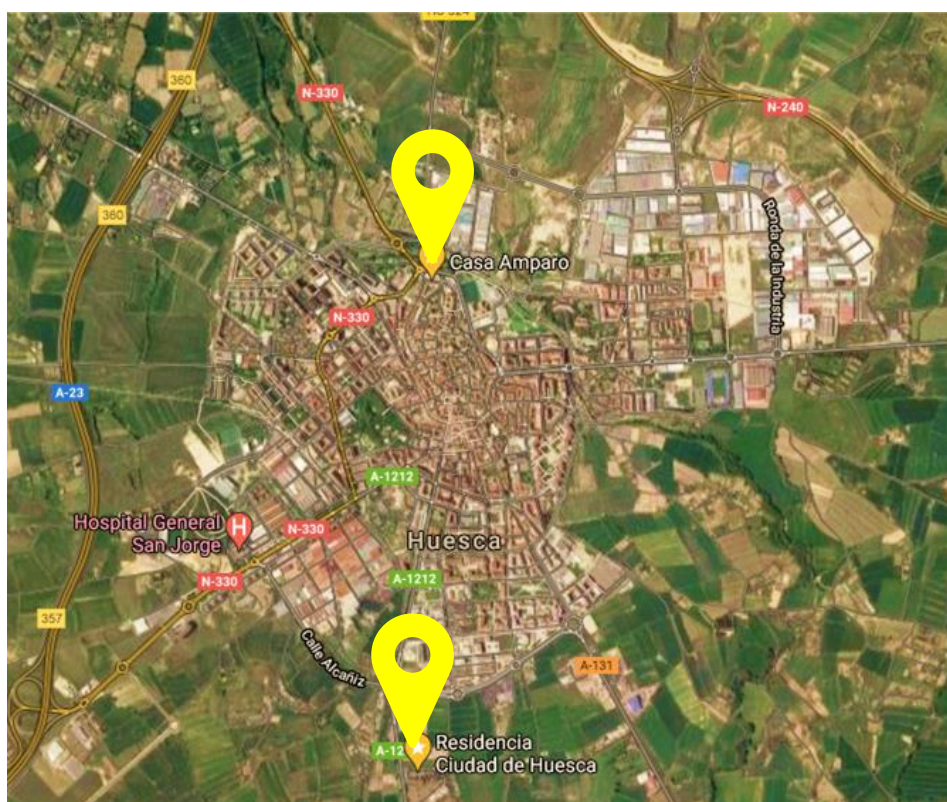


Figura 4: Localización de Residencia Ciudad de Huesca y Casa Amparo.

Es importante reseñar que en este trabajo utilizamos el término “allegado, residente o usuario” para referirnos a las personas que viven en las residencias y “familiar, individuo o persona” para los componentes de la muestra y que mantienen una relación afectiva con el residente.



En ocasiones nos referimos a la Fundación Residencia Nuestra Señora de la Merced como “Casa Amparo” nombre por el que se le conoce en Huesca.

Se utiliza el masculino gramatical para referirnos a ambos sexos, ya que según recoge la RAE no son gramaticalmente incorrectos en ocasiones son innecesario y pueden dificultar la lectura (18).

## 5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados por la propia investigadora.

Como criterios de inclusión se establecieron que los individuos que participaran en el estudio fueran familiares directos e indirectos de personas que viven en residencias cuyo número de visitas fuera igual o mayor a una vez al mes.

Se marcaron como criterios de exclusión las barreras idiomáticas o culturales que impidiesen o dificultasen la realización correcta de las encuestas elegidas para este estudio, negativa a participar en el estudio y no poseer vínculo familiar.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Familiares directos o indirectos de personas que viven en residencias de la tercera edad.	Personas que no quieran participar en el estudio.
Personas que visitan a sus familiares como mínimo de una vez al mes.	Personas que no poseen un vínculo familiar con los residentes.
	Barreras idiomáticas y culturales



## 5.3 Instrumentos de recogida de información

Los instrumentos de medida empleados para llevar a cabo este estudio fueron:

### 5.3.1 Cuestionario personal

Diseñado por la propia investigadora, formado por 11 ítems que recopilan datos personales y demográficos divididos en dos bloques, el primero (1 al 7) recoge datos referidos a la persona encuestada; edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, parentesco que le une al residente, número de visitas que realiza y el segundo (8 al 11) recoge información sobre el residente como; grado de dependencia y patologías del residente, motivo de la institucionalización, tiempo que lleva en la residencia.

Son preguntas que ofrecen distintas opciones de respuesta entre las que habrá que elegir una única opción (**Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico**).

### 5.3.2 Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario es una versión corta del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-100, ambas versiones están validadas en más de veinte idiomas y para distintas culturas y avaladas por la Organización Mundial de la Salud como un instrumento que mide de forma fiable la calidad de vida global y salud general, facilita información válida de la calidad de vida percibida por el individuo ante situaciones cotidianas (19,20).

En el WHOQOL-100 se evalúan seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales.

El WHOQOL-BREF es la versión corta o reducida, formado por 26 ítems, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100. Los dos primeros hacen referencia de forma directa a la calidad de vida global y la salud general, del ítem 3 al 26 nos aportan información sobre un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física (3-4-10-15-16-17-18), psicológica (5-6-7-11-19-26), relaciones sociales (20-21-22) y medio ambiente (8-9-12-13-14-23-24-25).

Cada pregunta ofrece 5 opciones de respuesta tipo Likert. Es una encuesta autoadministrada, con un tiempo de referencia de dos semanas ampliables a cuatro.

Para su interpretación no existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación obtenida mayor calidad de vida y salud general teniendo en cuenta que los ítems 3-4-26 son negativos (19-21).

Se obtiene una puntuación para cada uno de los dominios, cuanto mayor sea el resultado mejor es el perfil de calidad de vida evaluada. Además, la puntuación de las preguntas 1 y 2 nos indican la puntuación sobre la calidad de vida del individuo (CVP) y la satisfacción con su estado de salud (SSP) (**Anexo 3: Cuestionario WHOQOL-BREF**).

#### **5.4 Procedimiento**

La motivación que hizo nacer este estudio fue conocer la Calidad de Vida actual de aquellas personas cuyos allegados viven de manera permanente en centros sociosanitarios de la ciudad de Huesca. Además de averiguar qué factores sociales, económicos o individuales pueden afectar positiva o negativamente a su calidad de vida.

Se solicitó a Dña. María Jesús Cardoso Moreno ejerciera de directora de este trabajo ya que gracias a su *curriculum* académico se ajustaba a tipo de estudio. Posteriormente y tras confirmar su participación se realizó una tutoría presencial y se expuso la idea primigenia (**Anexo 4: Propuesta de trabajo aceptada por la tutora**)

En noviembre de 2020 se mantuvo una conversación telefónica con las directoras las Residencia Ciudad de Huesca y a la Fundación Casa Amparo, posteriormente se envió por correo electrónico el documento en el que se solicitaba su colaboración, que fue firmado y devuelto por ambas directoras (**Anexo 5: Consentimiento de participación de las residencias**).

El presente estudio se realizó con el permiso favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) PI.20/593; Acta N.º 24/2020 (**Anexo 6:**

### **Permiso favorable del CEICA).**

Junto con las encuestas se entregó un documento en el que se detallaban el objetivo del estudio, riesgo/beneficio, contacto de la investigadora para resolver dudas etc.

Respecto a la entrega y recogida de las encuestas, se acordó que se llevaría a cabo en los centros residenciales y se estimó que el plazo de 30 días naturales.

Una vez todas las encuestas estaban en poder de la investigadora, se codificaron todas las variables estudiadas, se codificaron en una hoja Excel y posteriormente se analizaron mediante el programa estadístico SPSS. Se realizó un exhaustivo estudio de los resultados que se reflejaron mediante tablas y gráficos. Finalmente, se redactaron las conclusiones que tratan de dar respuesta a los objetivos por los que se realiza este trabajo.

Todas las actividades que se han llevado a cabo y su duración se reflejan en un diagrama de Gantt (**Anexo 7: Cronograma**)

## **5.5 Variables del estudio**

Grupo 1:

Datos personales y demográficos: Edad; Género; Estado civil; Nivel de estudios; Situación laboral; Parentesco familiar-residente (individuo encuestado); Grado de dependencia de actividades básica de la vida diaria (ABVD); Número de patologías; Decisión de institucionalización; Tiempo de permanencia en residencia (residente).

Instrumento: Encuesta sociodemográfica.

Finalidad: Registro de datos descriptivos que permiten crear una muestra homogénea.

Tipo de variable: Independiente.

Grupo 2:

Nivel de calidad de vida percibido por el familiar.

Instrumento: Cuestionario WHOQOL-BREF

Finalidad: Identificar el nivel de satisfacción del individuo tiene respecto a su calidad de vida.

Tipo de variable: Dependiente

Tabla 3: Variables dependientes

VARIABLES DEPENDIENTES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	WHOQOL-BREF	CUANTITATIVA
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	WHOQOL-BREF	CUANTITATIVA
SATISFACCIÓN DE SALUD	WHOQOL-BREF	CUANTITATIVA

Tabla 4: Variables Independientes

VARIABLES INDEPENDIENTES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
EDAD	ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	CUANTITATIVA DISCRETA
SEXO		CUALITATIVA NOMINAL
ESTADO CIVIL		CUALITATIVA NOMINAL
NIVEL DE ESTUDIOS		CUALITATIVA NOMINAL
SITUACIÓN LABORAL		CUALITATIVA NOMINAL
RELACIÓN FAMILIAR		CUANTITATIVA DISCRETA
NÚMERO DE VISITAS		CUANTITATIVA DISCRETA
GRADO DE DEPENDENCIA (ABVD) RESIDENTES		CUALITATIVA NOMINAL
PATOLOGÍAS DEL RESIDENTE		CUANTITATIVA DISCRETA
MOTIVO DE INSTITUCIONALIZACIÓN		CUALITATIVA NOMINAL
TIEMPO PERMANENCIA EN RESIDENCIA		CUANTITATIVA DISCRETA

## 5.6 Análisis de datos

Finalmente 57 familiares cumplieron los criterios de inclusión y formaron la muestra final (N=57). Cada uno de ellos respondió al cuestionario sociodemográfico y el de WHOQOL-BREF. Los datos resultantes fueron trasladados y analizados mediante el programa estadístico, de IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 25, posteriormente se extrajeron las conclusiones con las que se da respuesta a los objetivos propuestos.

En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo del estudio, mediante una distribución porcentual de los datos obtenidos de las variables cualitativas especificando la media ( $\bar{X}$ ) y la desviación típica (DT).

Se realizaron pruebas paramétricas para comprobar la asociación entre las variables independientes utilizando la t-Student y ANOVA, en función del número de valores de cada variable, obteniéndose un valor F y el nivel de significancia “p” que nos aportaron información de la diferencia o no entre la variable dependiente y las sociodemográficas o independientes. Se utilizó la correlación de Pearson para estudiar la relación entre las variables cuantitativas.

Todos los resultados se reflejaron en gráficos y tablas que permiten una mejor visualización de los resultados.

He de recalcar que se consideraron significativos, los valores de p inferiores a 0´05 trabajando con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

## 6. RESULTADOS

Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 57 familiares que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

### 6.1 Análisis descriptivo de la muestra

La edad media ( $\bar{x}$ ) de los individuos que forman la muestra se sitúa en 55,4 años, con una DT=11.50, del total 34 eran mujeres y 23 hombres de los cuales el 70,17% estaban casados y el 66.66% de los encuestados eran hijos (Figura 5).

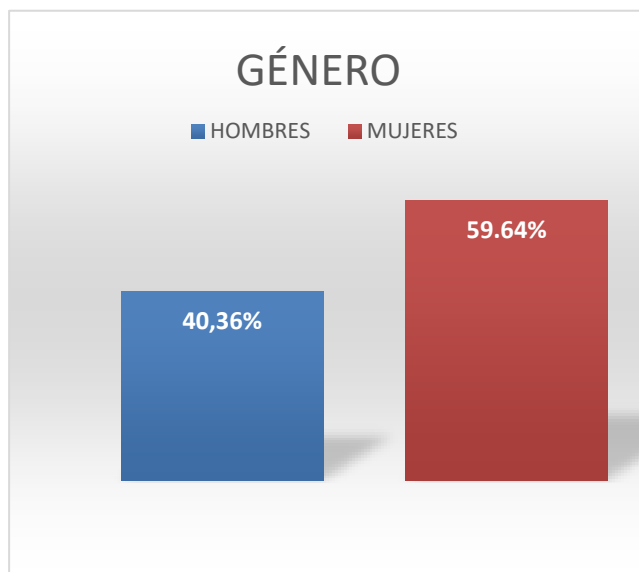


Figura 5: Porcentaje de la muestra según género

Respecto al nivel educativo y la situación laboral se obtuvieron los siguientes datos (Figuras 6, 7).

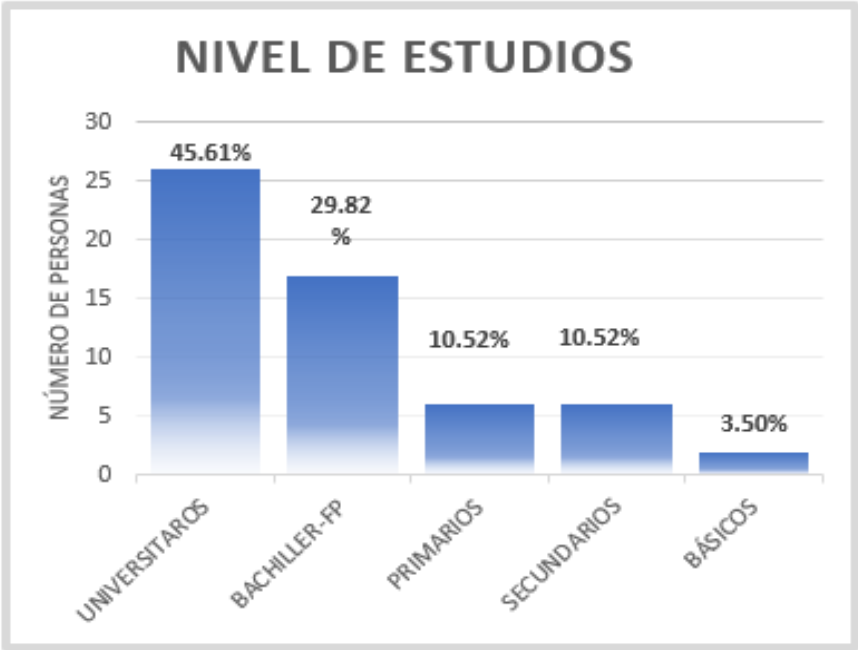


Figura 6: Distribución de la muestra en porcentaje según nivel de estudios

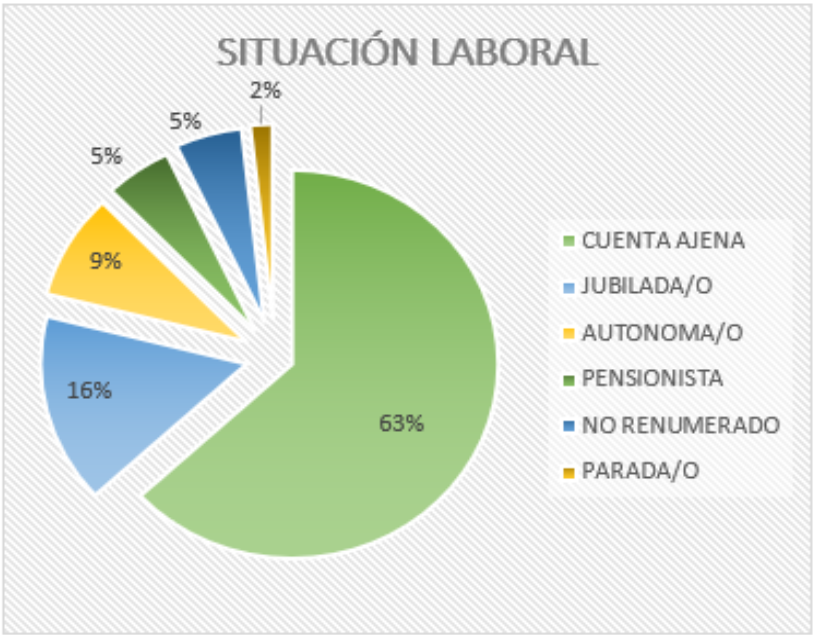


Figura 7: Distribución de la muestra en porcentaje según la situación laboral

En relación con la situación o grado de dependencia de los residentes, el 50.87% necesitan ayuda parcial para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, el 40.10% son dependientes y solo el 7.01% son totalmente autónomos. También se estudiaron el número de patologías de los residentes (Figuras 8, 9).

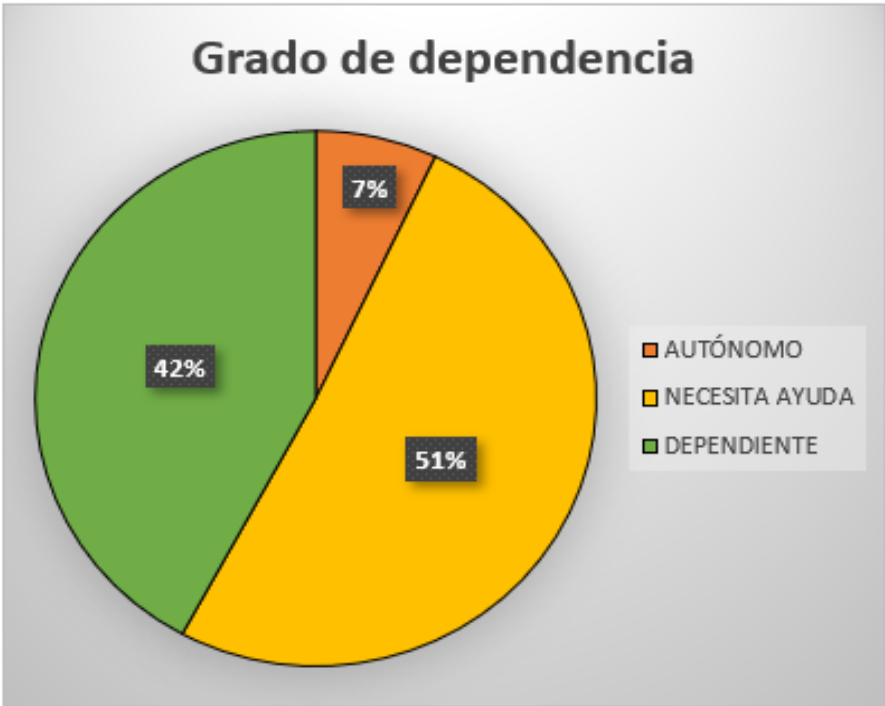


Figura 8: Porcentaje de residentes según su grado de dependencia

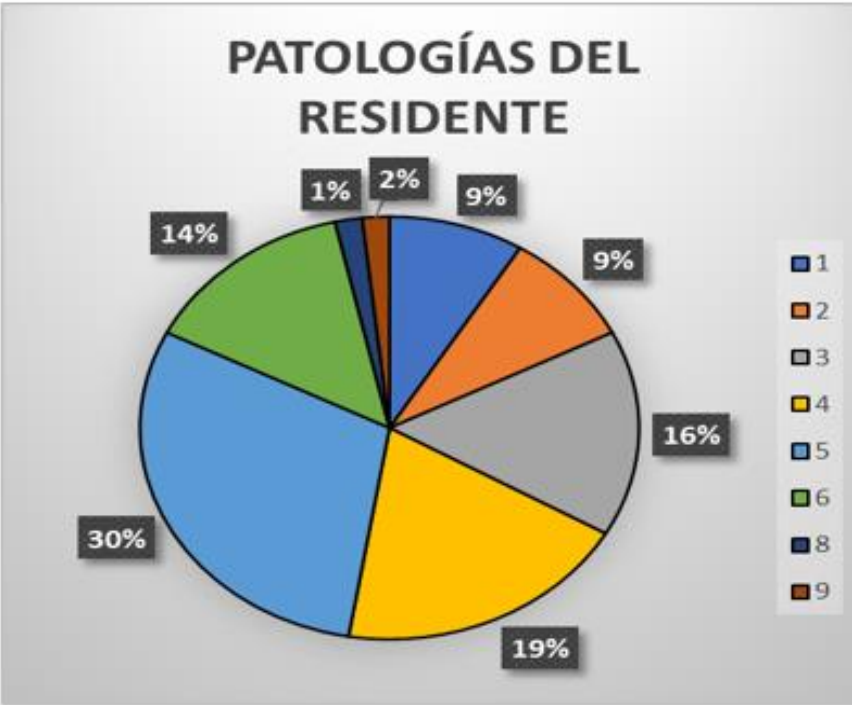


Figura 9: Proporción de patologías del residente



El 44% llevan institucionalizadas más de 5 años y en el 47.36% la decisión de ingresar fue tomada por el propio residente frente al 52.63% que lo hicieron por decisión de sus familiares (Figuras 10, 11).

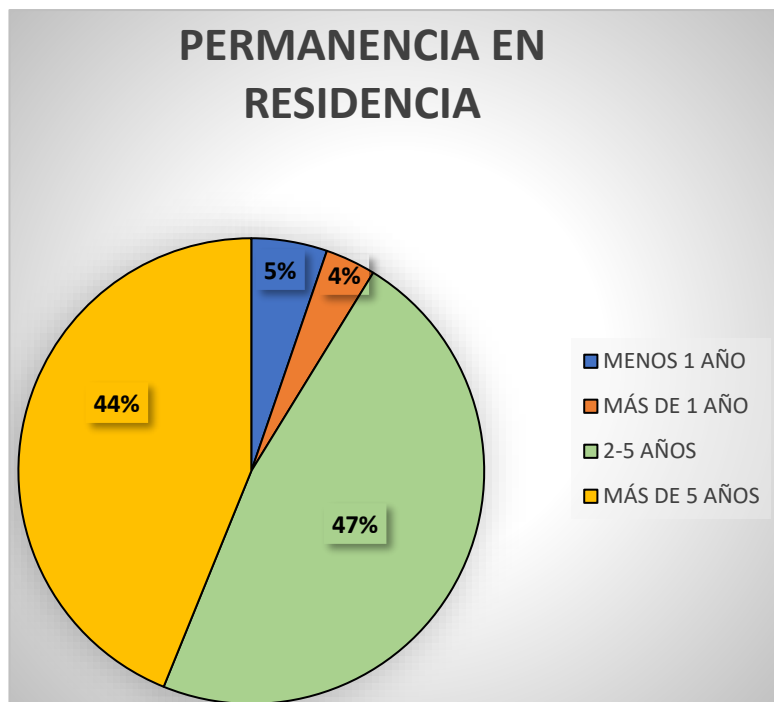


Figura 10: Tiempo que el residente lleva en la residencia

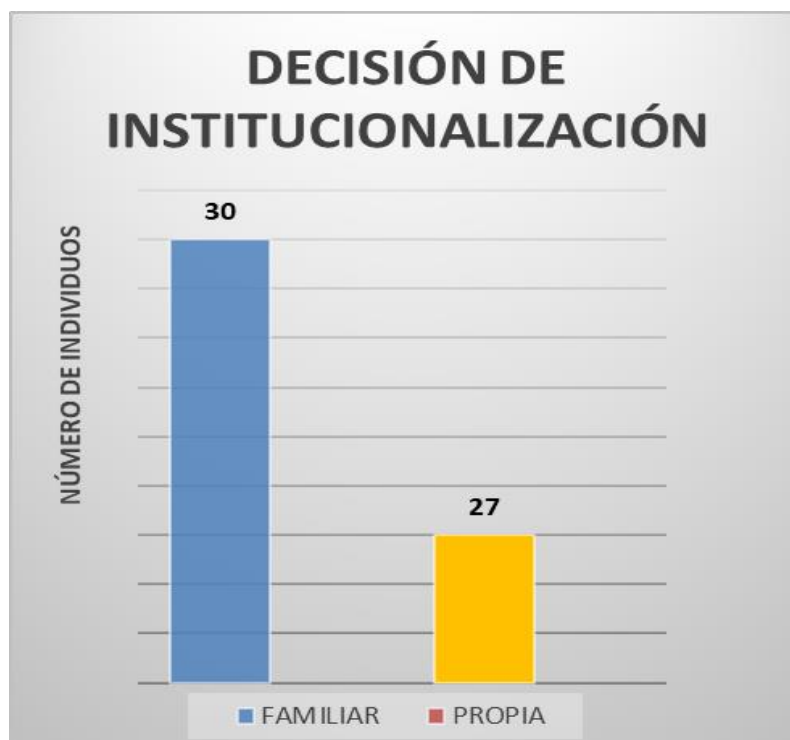


Figura 11: Persona responsable del ingreso en residencia

El 43,85% afirmar visitar a sus familiares una vez por semana, seguido del 24,56% que lo hace entre 2-3 días por semana y el 67% son descendientes directos de los residentes (Figura 12).

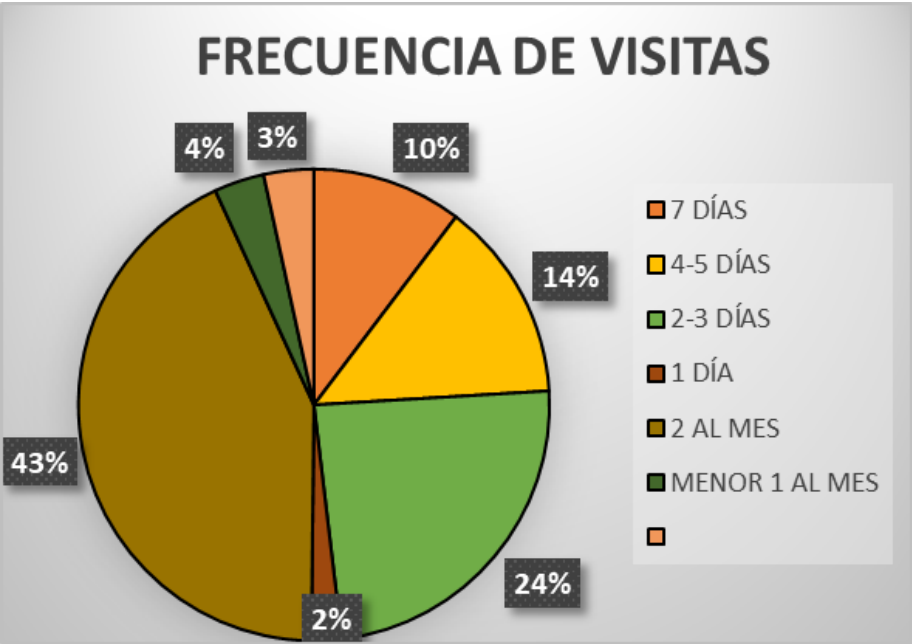


Figura 12: Porcentaje de visitas de los familiares a la residencia

## 6.2 Calidad de Vida

EL objetivo principal de nuestro estudio es conocer la calidad de vida que perciben las personas que tienen a un familiar en una residencia. Los datos indican que la calidad de vida global (CVG) presenta una  $\bar{x}=86.50$ ;  $DT=11.34$ . En cuanto a la CVP y SSP, los familiares expresan tener un nivel bueno o satisfactorio, representado por unos valores de ( $\bar{x}=3.63$ ;  $DT= 0.79$ ) y ( $\bar{x}=3.84$ ;  $DT=0.81$ ) respectivamente. Estos valores presentan un máximo de 5 puntos. Además, el cuestionario WHOQOL-BREF nos facilita otras dimensiones; calidad de vida física (CVSF), psicológica (CVSP), de relaciones sociales (CVSRS) y ambiental (CVSA). En la tabla 5 se reflejan la media y la desviación típica de cada una de ella.

Tabla 5: Media de la calidad de vida, satisfacción con su salud, CVSF, CVSP, CVSRS, CVSA

Dimensiones	$\bar{x}$	DT
CV Física	75,70	14,11
CV Psicológica	71,75	10,52
CV Relaciones sociales	71,35	14,54
CV ambiental	70,33	11,88
$\bar{X}$ : media, DT: desviación típica		

A continuación, se comprobó si las diversas variables sociodemográficas pueden influir en la calidad de vida de los familiares.

### 6.2.1. Calidad de vida percibida en función del género.

Cuando analizamos la calidad de vida presente en nuestra muestra en función del género, comprobamos que no existen diferencias significativas a nivel general que actúen sobre CVG y SSP, aunque se aprecia una tendencia a que las mujeres perciben mejor CVP ( $F=3.88$ ;  $p= 0.054$ ). Posteriormente, analizamos las distintas dimensiones del cuestionario WHOLQOL-BREF.

Encontramos que, las mujeres reportan una CVSF y CVSRS percibida mejor que los hombres (Tabla 6).

Tabla 6: Valores de la media y nivel de significancia de la CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del género

Dimensiones	F	p	$\bar{X}$		DT	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>CV Física</b>	3.40	0.07	74.30	76.64	16,36	12.54
<b>CV Psicológica</b>	0.01	0.91	75.08	69.50	10.58	10.02
<b>CV Relaciones sociales</b>	4.13	0.04	67.26	74.11	17.30	11.82
<b>CV ambiental</b>	0.96	0.33	69.17	71.11	514.58	9.82

F: nivel estadístico para muestras independientes; p: significación de la prueba t-Student y significancia cuando  $p < 0.05$

### 6.2.2. Calidad de vida en función de la edad.

Los resultados de nuestro trabajo muestran que los datos respecto CVG, CVP y SSP no son significativos, pero se aprecia una correlación negativa en estas variables empeorando la percepción en todas ellas a medida que aumenta la edad.

Esta misma tendencia se mantiene respecto a las dimensiones de CVSF, CVSP y CVSA, viéndose solamente una significancia en la CVSRS ( $r = -0.283$ ;  $p = 0.033$ ).

### 6.2.3. Calidad de vida en función al estado civil

Se observa que el grupo de familiares viudos presentan los mejores datos sobre la CVG ( $t = 8.65$ ;  $p = 0.013$ ), CVP ( $t = 6.92$ ;  $p = 0.020$ ) seguido de los solteros. En cuanto a la satisfacción de salud (SSP) son los viudos ( $t = 6.92$ ;  $p = 0.020$ ) seguido del grupo de casados.

Los resultados respecto a las cuatro dimensiones estudiadas los viudos, refieren una mejor calidad de vida salud física ( $t = 25.38$ ;  $p = 0.00$ ) salud psicológica ( $t = 9.05$ ;  $p = 0.01$ ) y salud ambiental ( $t = 10.34$ ;  $p = 0.00$ ), en la dimensión referente a las relaciones sociales, el grupo de los divorciados destacan ( $t = 25.57$ ;  $p = 0.02$ ). En la siguiente tabla se detallan las medias y desviación típica de cada una de ellas (Tabla 7).

Tabla 7: Media y Desviación Típica de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del estado civil.

	$\bar{X}$				DT			
	Casado	Soltero	Viudo	Divorciado	Casado	Soltero	Viudo	Divorciado
<b>CVG</b>	86.02	88.30	90.66	84.00	9.33	15.77	18.14	5.65
<b>SSP</b>	3.67	3.40	4.00	3.50	0.72	1.07	1.00	0.70
<b>CVP</b>	3,85	3,90	4,00	3,00	0,83	0,73	1,00	1,41
<b>CVSF</b>	73,67	82,60	83,33	66,50	13,15	17,14	5,68	26,16
<b>CVSP</b>	70,72	71,00	78,66	83,00	9,68	12,61	15,04	14,14
<b>CVSRS</b>	70,67	75,00	57,33	89,50	13,05	19,13	15,01	4,94
<b>CVSA</b>	71,07	68,00	83,00	53,50	8,87	15,34	13,89	33,23

$\bar{X}$ : media, DT desviación típica

#### 6.2.4. Calidad de vida en función del nivel de estudios.

Otro valor estudiado en nuestra ha sido el nivel de estudios, los resultados aportan que existen diferencias significativas de percepción de calidad de vida y de todas sus dimensiones en todos los grupos excepto en aquellos individuos con estudios básicos, siendo los que poseen estudios primarios los que mejor CVG ( $\bar{x}$ =90.16; DT=7,41) y SSP ( $\bar{x}$ =3.83; DT=0,40); los universitarios los que manifiestan mejor CVP ( $\bar{x}$ =3.92; DT=0.68), seguidos por aquellos que poseen estudios de secundaria ( $\bar{x}$ =3.88; DT=1.16) y bachillerato ( $\bar{x}$ =3.76; DT=0.97).

Los familiares de personas en residencias que poseen un nivel de estudios primarios presentan mejores niveles de CVSF ( $\bar{x}$ =83.83; DT=8.81) y CVSP ( $\bar{x}$ =74.83; DT=6.99). La mejor percepción en cuanto a la CVSRS está encabezada por los individuos con un nivel de estudios secundarios ( $\bar{x}$ = 78,50; DT=7,79) finalmente, los que poseen titulación universitaria son los que refieren una mejor CVSA ( $\bar{x}$ = 73,88; DT=9,49). En la tabla 8 se reflejan los datos en relación con el nivel de estudios.

Tabla 8: Nivel de significancia de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del nivel de estudios.

CALIDAD DE VIDA	NIVEL DE ESTUDIOS							
	t				P			
	Primaria	Secundaria	Bachiller	Universidad	Primaria	Secundaria	Bachiller	Universidad
<b>CVG</b>	29.79	18.50	29.01	41.74	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>SSP</b>	23.00	17.39	21.42	19.58	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>CVP</b>	17,39	8,03	16,00	29,06	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CVSF</b>	23,28	12,85	17,65	35,39	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CVSP</b>	26,19	21,13	29,88	30,04	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CVSRS</b>	19,14	24,68	22,63	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>CVSA</b>	35,32	7,95	21,82	39,67	0,00	0,01	0,00	0,00

t: nivel estadístico p: significación de la prueba t-Student y significancia cuando  $p < 0.05$

#### 6.2.5. Calidad de vida en función de la situación laboral.

Los resultado obtenidos respecto a cómo influye la situación laboral en la calidad de vida total y en todas las dimensiones estudiadas informan que los autónomos son los que manifiestan sentir una CVP ( $t=11.00$ ;  $p=0.00$ ), SSP ( $t=10.15$ ;  $p=0.001$ ) y de salud psicológica ( $t=19.43$ ;  $p=0.00$ ), en cuanto a CVG ( $t=27.30$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA destaca el grupo de jubilados ( $t=23.13$ ;  $p=0.00$ ), los pensionistas son los que mejor percepción de CVSF ( $t= 9.53$ ;  $p=0.01$ ) y los no reenumerados refieren mejor CVSRS ( $t=13.05$ ;  $p=0.00$ ).

#### 6.2.6. Calidad de vida en función del parentesco con el residente.

Al examinar si la relación familiar era una variable que pudiera influir sobre la percepción de calidad de vida de los individuos identificados, los resultados indicaron que los hijos políticos tienen mejor CVP ( $t=9.79$ ;  $p=0.00$ ), SSP ( $t=7.83$ ;  $p=0.00$ ), CVG ( $t=19.78$ ;  $p=0.00$ ), CVSP ( $t=10.92$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA ( $t=16.20$ ;  $p=0.00$ ). Con respecto a la CVSF ( $t=31.61$ ;  $p=0.00$ ) y CVSRS ( $t=34.51$ ;  $p=0.00$ ) los mejores datos corresponden al grupo de hijos. En la tabla 9 se distribuyen los datos de todos los grupos etiquetados

Tabla 9: Valores medios y nivel de significancia de la de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del parentesco.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	T			p		
	Hija/o	Nuera/Yerno	Sobrina/o	Hija/o	Nuera/Yerno	Sobrina/o
<b>CVG</b>	46,76	19.78	11.22	0,00	0,00	0,00
<b>SSP</b>	31.84	7.83	5.19	0.00	0.00	0.01
<b>CVP</b>	27.18	9.78	12.12	0.00	0.00	0.00
<b>CVSF</b>	31,61	14,19	7,73	0,00	0,00	0,00
<b>CVSP</b>	46,10	10,92	9,59	0,00	0,00	0,00
<b>CVSRS</b>	34,51	9,03	7,89	0,00	0,00	0,00
<b>CVSA</b>	34,72	16,20	12,79	0,00	0,00	0,00
	$\bar{X}$			DT		
<b>CVG</b>	3,81	4,00	3,50	0,86	0,81	0,57
<b>CVSF</b>	75,68	74,00	63,50	13,95	10,42	16,42
<b>CVSP</b>	72,57	75,50	62,25	9,71	13,82	12,97
<b>CVSRS</b>	72,47	66,25	61,50	12,99	14,66	15,58
<b>CVSA</b>	68,55	78,00	66,75	12,25	9,62	10,43

t: nivel estadístico p: significación de la prueba t-Student y significancia cuando  $p < 0.05$ ;  $\bar{X}$ : media, DT desviación típica.

#### 6.2.7. Calidad de vida en función número de visitas al residente.

Las visitas al centro residencial son otro factor que se ha estudiado como posible modulador de la calidad de vida percibida por los individuos de la muestra, y así se confirma una vez analizados los datos recogidos en el cuestionario de WHOLQOL-BREF.

Respecto a la frecuencia en el número de visitas a sus allegados, aquellos familiares que acuden diariamente son los que manifiestan una mejor CVP

( $t=25.00$ ;  $p=0.00$ ) y SSP ( $t=23.00$ ;  $p=0.00$ ). La CVG ( $t=22.11$ ;  $p=0.02$ ) y CVSF ( $t=57.66$ ;  $p=0.01$ ) pertenece a los que visitan a los residentes menos de dos veces por mes. Los que acuden a la residencia una vez por semana son los que mejor CVSP ( $t=33.73$ ;  $p=0.00$ ) y solamente aquellos que frecuentan a los residentes 2-3 días por semana se observa que su CVSRS ( $t=27.13$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA ( $t=26.22$ ;  $p=0.00$ ) son más satisfactorias que en el resto de los grupos. En la tabla 10 se detallan los datos obtenidos.

Tabla 10: Valores medios y nivel de significancia de la CVG en función del número de visitas que realiza a la residencia.

N. ° DE VISITAS	7 DÍAS/SEM				4-5 DÍAS/SEM				2-3 DÍAS/SEM			
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	t	p	$\bar{X}$	DT	t	p	$\bar{X}$	DT	t	p	$\bar{X}$	DT
	25.00	0,00	4,16	0,40	15.00	0,00	3,75	0,70	15.57	0,00	4,00	0,96
	1 DÍA/SEM				2 AL MES				<1 AL MES			
	t	p	$\bar{X}$	DT	t	p	$\bar{X}$	DT	t	p	$\bar{X}$	DT
	22.45	0,00	3,64	0,81	9.00	0,07	4,50	0,70	4.00	0,01	4,00	1,41

t: nivel estadístico p: significación de la prueba t-Student y significancia cuando  $p < 0.05$ ;  $\bar{X}$ : media, DT desviación típica.

#### 6.2.8. Calidad de vida en función grado de dependencia (ABVD) de los residentes.

Dentro de los datos sociodemográficos recogidos se encuentra el grado de dependencia para realizar ABVD de los residentes y como esto puede afectar a la percepción de la calidad de vida en general y sus áreas extraídas del cuestionario WHOLQOL-BREF. El examen de los datos informa que los familiares de residentes autónomos manifiestan mejor percepción de CVP ( $t=9.79$ ;  $p=0.00$ ), SSP ( $t=9.79$ ;  $p=0.00$ ), CVSP ( $t=3$ ;  $p=0.00$ ), CVSRS ( $t=9.04$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA ( $t=9.21$ ;  $p=0.00$ ) siendo el grupo de familiares con personas dependiente los que mejor CVG ( $t=40.19$ ;  $p=0.00$ ) y física refieren ( $t=29.86$ ;  $p=0.00$ ). En la tabla 11 se presentan los datos correspondientes a las medias y desviaciones típicas de las variables estudiadas



Tabla 11: Valores medios de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del nivel de dependencia del residente.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	$\bar{X}$			DT		
	Autónomo (ABVD)	Necesita ayuda (ABVD)	Dependiente (ABVD)	Autónomo (ABVD)	Necesita ayuda (ABVD)	Dependiente (ABVD)
<b>CVG</b>	81.00	86.34	87.62	17.72	11.17	10.68
<b>CVP</b>	4,00	3,79	3,87	0,81	0,81	0,85
<b>SSP</b>	4.00	3.58	3.62	0.81	0.90	0.64
<b>CVSF</b>	64,70	74,96	78,41	24,29	13,24	12,86
<b>CVSP</b>	75,50	71,44	71,50	8,81	12,13	8,82
<b>CVSRS</b>	73,20	72,48	69,66	16,19	15,24	13,88
<b>CVSA</b>	73,75	69,41	70,87	16,00	12,13	11,32

$\bar{X}$ : media, DT desviación típica

#### 6.2.9. Calidad de vida en función patologías del residente.

Nuestro estudio detalla que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los familiares cuando se relaciona el número de patologías del residente con la calidad de vida en general y con cada una de las dimensiones del cuestionario WHOLQOL-BREF, aunque se observa cierta tendencia a que todos los parámetros empeoran a medida que aumenta el número de patologías.

#### 6.2.10. Calidad de vida en función de quien toma la decisión de ingresar en la residencia.

Independientemente de quien o quienes hayan tomado la decisión final del ingreso en la residencia, los datos revelan que este factor no es significativo sobre la calidad de vida de los familiares. Este mismo resultado se repite en cada una de las dimensiones estudiadas.

#### 6.2.11. Calidad de vida en función tiempo permanencia en residencia.

Nuestro estudio confirma que existen diferencias significativas al comparar los resultados obtenidos en el cuestionario WHOQOL-BREF con el tiempo que lleva el residente institucionalizado, registrando mejor CVG ( $t=13.79$ ;  $p=0.00$ ) los familiares cuyos allegados llevaban en la residencia menos de un año. Más satisfacción en cuanto a CVP ( $t=38.50$ ;  $p=0.00$ ) y SSP ( $t=23.90$ ;  $p=0.00$ ) aquellos familiares de residentes que llevan entre 2-5 años en la residencia. Analizadas las cuatro dimensiones del cuestionario WHOLQOL-BREF, respecto a CVSF, CVSP, CVSRS, CVSA destaca el grupo de familiares cuyo residente lleva menos de un año en la residencia con los mejores datos, como detalla la tabla 12.

Tabla 12: Valores medios y nivel de significancia de la CVG, CVSF, CVSP, CVSRS y CVSA en función del tiempo de permanencia en la residencia.

	TIEMPO DE PERMANENCIA EN RESIDENCIA		
	t	p	$\bar{X}$
<b>CV Física</b>	18,834	0,003	82,33
<b>CV Psicológica</b>	27,759	0,001	80,66
<b>CV Relaciones sociales</b>	18,063	0,003	73,00
<b>CV ambiental</b>	8,286	0,014	77,33

t: nivel estadístico p: significación de la prueba t-Student y significancia cuando  $p<0.05$ ;  $\bar{X}$ : media.

## 7. DISCUSIÓN

El desarrollo de la presente investigación engloba a familiares de personas en que viven en residencias de forma permanente, cuyo cuidado recae en los profesionales de dichos centros pero que siguen manteniendo una relación afectiva con sus familiares. Es importante resaltar la importancia que tiene para las personas institucionalizadas mantener contacto con sus amigos, vecinos o familiares, ya que mantener vivo este vínculo reporta beneficios para ambos. No obstante, y debido a la situación actual, esta relación se ha visto modificada por las restricciones impuestas por las autoridades sanitarias, pudiendo ser causa de situaciones estresantes tanto para los familiares como para los residentes.

Todos los cambios sociales, de salud o familiares requieren un periodo de adaptación mínimo. En ocasiones aparecen factores externos que dificultan este proceso y que no siempre se pueden controlar, cuando esto ocurre las consecuencias a corto, medio o largo plazo pueden afectar a la salud física y psicológica de los familiares.

Con este trabajo trata de dar visibilidad a este colectivo que en ocasiones queda postergado a un segundo lugar cuando en realidad todos se necesitan y complementan. Poner de manifiesto las carencias emocionales a las que se tienen que enfrentar, conocer sus inquietudes y dar visibilidad a problemas físicos, psicológicos o sociales que pueden pasar desapercibidos para los profesionales sanitarios.

Existen estudios que sugieren que la CV se ve influenciada por el género, edad, nivel socioeconómico, la situación familiar o de salud. Teniendo en cuenta estos y otros parámetros el estudio trata de identificar como pueden modificar la CV, siempre desde una perspectiva subjetiva actuando como factores positivos o negativos.

Botero de Mejía (22) subraya que las relaciones familiares y los apoyos sociales son algunos de los factores más significativos para evaluar la CV tanto de los residentes como de los familiares.

Del total de familiares que participaron en el estudio el 59.64% eran mujeres y el 40.36% restante fueron hombres. Nuestro estudio refleja que el género no ejerce como elemento modificador sobre la percepción de la CV general ( $\bar{x}$ =3.84; DT=0.81) y de la satisfacción de salud ( $\bar{x}$ = 3.63; DT=0.79), estos datos se corresponden con un nivel entre normal y bueno o satisfecho, esta afirmación coincide con los resultados de un estudio llevado a cabo por Ortuño Esparza (23).

Nuestro estudio muestra una tendencia positiva hacia las mujeres respecto a CVSF y CVSRS. Contrariamente, un estudio llevado a cabo en Argentina por Mikulic observó que la autoestima y la satisfacción de la salud entre las mujeres era menor que la de los hombres (24), en esta misma línea, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017 advierte que el 52.3% de los hombres auto valoran su satisfacción de salud como buena o muy buena frente al 40% de las mujeres (25). La diferencia que se aprecia con nuestros resultados puede responder a un patrón educacional o cultural que facilita la adaptación a la situación actual, ya que nuestra encuesta responde a un espacio de tiempo de entre dos y cuatro semanas y se realizó en estado de pandemia.

El aumento de esperanza de vida en nuestra sociedad se debe a los avances en la ciencia y tecnología junto con el aumento de la cantidad y calidad de servicios sanitarios que se refleja en la sociedad del bienestar.

Varios estudios llevados a cabo por Pasa y Silveira (26), Pérez Diaz (27) y Artaza Artabe (28) destacan el aumento de la media de edad en los cuidadores de personas enfermas o de adultos mayores en sus domicilios que oscila entre 40 y 64 años, este dato se puede trasladar a nuestra muestra y realizar un símil con la edad, ya que los familiares (cónyuge, hijos o allegados) son cada vez más mayores.

La media de edad de nuestro estudio es de ( $\bar{x}$ =55.4; DT=11.50). La edad es un factor influye negativamente en la CVG. Se observa un empeoramiento progresivo a medida que aumenta la edad principalmente en la CVSA ( $r$ = -0.304;  $p$ = 0.021) y CVSRS ( $r$ = -0.394;  $p$ = 0.002). La ENSE suscribe este hallazgo, ya que a mayor edad mayor perspectivas negativas hacia la salud refieren los

individuos. Un estudio reciente de la Facultad de psicología de Buenos Aires comparo los niveles de CV percibida durante la pandemia de COVID-19, sus resultados reflejan que los adultos mayores de 50 años presentan mejor CVG y en todas sus dimensiones, pero que la satisfacción empeora progresivamente a medida que avanza la edad (24). Guerrero Ceh (29) identifico que las personas mayores de 50 años referían unos niveles de insatisfacción con su calidad de vida y satisfacción de salud percibida. Estos resultados pueden asociarse directamente al progresivo de envejecimiento en el que los individuos ven como disminuyen sus capacidades físicas, psicológicas, sociales y económicas poniendo en riesgo su autonomía y su capacidad para seguir atendiendo las necesidades de sus allegados.

Diferentes estudios apuntan que vivir en pareja actúa como factor protector y mejora la CV. Saavedra (30), aboga por esta teoría y afirma que el grupo de personas que mantienen una relación conyugal refieren mejor CV y de felicidad percibida, igualmente Blandón-Hincapié (31) hace referencia a que los jóvenes relacionan la solidez de la pareja en cualquiera de sus formas con el estado de bienestar, Pérez Diaz explica que la tasa de mortalidad disminuye en el grupo de hombre casados (27).

Nuestros resultados no concuerdan con estas afirmaciones ya que los viudos manifiestan mejor CVP ( $t=6.92$ ;  $p=0.02$ ), física ( $t=25.38$ ;  $p=0.00$ ), psicológica ( $t=9.05$ ;  $p=0.01$ ) y ambiental ( $t=10.34$   $p=0.00$ ), esto nos lleva a pensar que las personas de nuestro estudio que no conviven en pareja poseen una red social muy importante y sólida que les ofrece apoyo y protección ante situaciones difíciles. Los divorciados presentan mejor CVSRS ( $t=25.57$ ;  $p=0.02$ ) y peor CVG ( $t=3.00$ ;  $p=0.20$ ). Esto nos lleva a plantear la hipótesis de que, los familiares de los residentes que no mantienen una relación de pareja estable disponen de una red social sólida que les respalda, además disponen de más tiempo para dedicar al cuidado de su salud física y mental que los que mantienen una relación de pareja estable.

La Constitución Española recoge en su artículo 27 el derecho a la educación, desde su entrada en vigor mejoró la accesibilidad a los estudios de la población

general y como consecuencia se observa en España un auge en el nivel educativo y una mejora en la CV.

Guerrero Ceh (29), Mikulic (24) y Santos Buoro (32) incluyen en sus instrumentos de medición el nivel de estudios, pero sin analizarlos de manera individual.

Nuestro estudio ha demostrado que a mayor nivel de estudios de los familiares mejor CVG manifiestan. El grupo de personas con un nivel de estudios universitarios manifiestan tener mejor CVP ( $\bar{x}=3.92$ ;  $DT=0.68$ ) y CV ambiental ( $\bar{x}=73,88$   $DT=9,49$ ) coincidiendo con Pérez Díaz (27) que asegura que el nivel educativo la población proporciona mayor número de recursos y herramientas para hacer frente a los problemas futuros. Pasa y Silveira (26) recogen que un bajo nivel de estudios puede influir negativamente en la comprensión y atención de las personas.

Las personas con un nivel de estudios primarios valoran positivamente su CV salud física ( $\bar{x}=83.83$ ;  $DT=8.81$ ) y CV salud psicológica ( $\bar{x}=74.83$ ;  $DT=6.99$ ), lo que responde a una disminución en la carga de trabajo y exigencia en los cuidados físicos hacia sus allegados como respuesta a la institucionalización, experimentado mejoras en áreas como la calidad del sueño, capacidad y tiempo para el trabajo, concentración y autoestima.

No podemos olvidar que el nivel educativo incluye la alfabetización digital, el uso de las redes sociales e internet. Esta forma de comunicación es la que ha permitido mantener el contacto visual entre los familiares en los últimos meses (27), pero también ha podido ser una barrera para los familiares. La media de los familiares es de ( $\bar{x}=55,4$ ;  $DT=11.50$ ) se engloba en una franja en la que no todos manejan las nuevas tecnologías. Por lo tanto, a través de los resultados obtenidos se puede apreciar una tendencia general hacia un aumento del nivel del estudio durante las últimas décadas, ya que el más del 75% de los familiares posee titulación universitaria o bachillerato.

Nuestro estudio evidencia que la situación laboral influye sobre la calidad de vida general y sobre todas sus dimensiones. Los autónomos muestran mejor calidad de vida ( $t=11.00$ ;  $p=0.00$ ) y de salud psicológica ( $t=19.43$ ;  $p=0.00$ ), estos datos reflejan que este grupo goza de una autoestima elevada y que están satisfechos

con su entorno laboral. En cuanto a CVSA destaca el grupo de jubilados ( $t=23.13$ ;  $p=0.00$ ) este resultado mantiene una correlación directa con el nivel de estudios, ya que más del 45% disponen de estudios superiores lo que garantiza un buen nivel económico durante la jubilación. Los pensionistas son los que mejor percepción de CV salud física ( $t= 9.53$ ;  $p=0.01$ ) que responde a mayor tiempo libre para dedicar a cuidar su salud y mantener actividades de la vida diaria, por último, el grupo de familiares que no perciben ingresos refieren mejor CV en la dimensión de relaciones sociales ( $t=13.05$ ;  $p=0.00$ ).

Al examinar la relación familiar se observó que esta variable podía influir sobre la percepción de calidad de vida de los individuos, los resultados indicaron que el 73.67% eran familiares de primer grado (hijos/hijos políticos). Los hijos políticos tienen mejor calidad vida percibida ( $t=9.79$ ;  $p=0.00$ ), CVSP ( $t=10.92$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA ( $t=16.20$ ;  $p=0.00$ ). Con respecto a la CVSF ( $t=31.61$ ;  $p=0.00$ ) y CVSRS ( $t=34.51$ ;  $p=0.00$ ) los mejores datos corresponden al grupo de hijos.

Estudios realizados sobre el perfil del cuidador en el domicilio concluye que los hijos siguen siendo los que soportan la mayor carga de cuidado, coincidiendo con López-Martínez (33), Storti (34) y por Mahoney (35) que revela en su estudio que las hijas siguen siendo las cuidadoras principales. Por lo tanto, podemos confirmar que este patrón perdura en el tiempo, incluso una vez el mayor reside habitualmente en la residencia, ya que nuestra muestra se ajusta a esta característica.

Las familias tienen un papel fundamental para conseguir una integración adecuada del residente, pero hay que tener en cuenta la capacidad de adaptación de estas a la nueva situación. Las residencias promueven la participación de las familias facilitando el acceso e implicación en las actividades del centro (36). Nuestro estudio observó que el 44% de los encuestados visitan a sus familiares una vez por semana y el 24% entre 2-3 días. Estos grupos destacaron en cuanto a la percepción de CV salud psicológica ( $t=33.73$ ;  $p=0.00$ ) en el primero y CV salud relaciones sociales ( $t=27.13$ ;  $p=0.00$ ) y CV salud ambiental ( $t=26.22$ ;  $p=0.00$ ) en el caso del segundo. También se identificó que la mejor percepción sobre la CV ( $t=25.00$ ;  $p=0.00$ ) la lideraba el grupo de familiares que visitaba diariamente a sus allegados, respecto a la CV salud física

( $t=57.66$ ;  $p=0.01$ ) fue el grupo de los que visitan la residencia menos de dos veces por mes los que mejores datos reportaban. Existe el riesgo de que cuantos más años lleva la persona en la residencia más se dilatan las visitas (37). Un estudio realizado en Colombia por Romero y Martínez (36) destaca que el 95% visitaba a sus allegados una vez por semana y que esta visita era satisfactoria para ambos, reforzando el vínculo familiar. Con todo esto y a falta de mayor número de estudios se confirma que mantener una frecuencia continua en el número de visitas beneficia al residente y el familiar.

En cuanto a la comorbilidad y el grado de dependencia de los residentes, ambos juegan un papel importante a la hora de decidir quién, cuando y donde se debe de ingresar definitivamente en la residencia. Los resultados derivados de nuestro análisis concluyen que el responsable ya sea la familia o el residente, no tiene efecto significativo sobre la percepción de CV ( $F=2.51$ ;  $p=0.11$ ) ni en ninguna de sus dimensiones. Para Leturia Arrazola (36) el momento de institucionalización puede ser estresante y generar sentimientos de culpa en la familiar, sobre todo si la decisión recae sobre ellos como consecuencia de la dependencia del allegado. Soria Romero (39) en la mayoría de los casos la decisión recayó en los familiares, decisión que no siempre fue bien aceptada por los allegados.

Los familiares cuyos allegados presentan menor grado de dependencia obtienen mejores datos en cuanto a CV ( $t=9.79$ ;  $p=0.00$ ), CVSP ( $t=17.13$ ;  $p=0.00$ ), CVSRS ( $t=9.04$ ;  $p=0.00$ ) y CVSA ( $t=9.21$ ;  $p=0.00$ ). El grupo de familiares de residentes que presentan un grado medio alto de dependencia refieren mejor CVSF ( $t=29.86$ ;  $p=0.00$ ). Para Gaugler (40) el grado de dependencia y la comorbilidad de los residentes actúan como factores predictivos de ingreso.

En nuestro estudio observa que la comorbilidad del residente no influye negativamente sobre la CV del familiar, aunque se percibe un decremento de la percepción de la CV sin llegar a ser significativa. La aparición de la enfermedad puede ser un factor estresante para la familia y modificar los valores de la CV debido a los cambios que produce en el núcleo familiar (41). Un estudio llevado a cabo por (32) sugiere que la CV se ve afectada en los aspectos emocionales, salud mental y capacidad física.



Por tanto, la enfermedad y grado de autonomía del residente y la responsabilidad sobre la decisión de ingreso no son significativas de forma individual sobre la CV de los familiares se deben contemplar la posibilidad que se produzca una suma exponencial que influya positiva o negativamente en la CV percibida.

Por último, se estudió si el tiempo de institucionalización podía modificar la percepción de la CV de los familiares y se comprobó que la antigüedad en el centro actuaba positivamente sobre la CV y todas sus dimensiones, siendo los familiares de residente que llevaban entre 2-5 años ( $t=24.61$ ;  $p=0.00$ ) los que mejor CV general manifestaban. Por consiguiente, se observa una significación sobre la CV, ya que una vez superado el periodo de adaptación mejora la calidad de vida tanto para el familiar como para el residente.

El trabajo presenta fortalezas como el anonimato para rellenar los cuestionarios, por lo que la información se considera más veraz; la comodidad para hacer llegar los cuestionarios a la investigadora, ya que fueron los propios centros los encargados de entregarlas, la disponibilidad del investigador para resolver y aclarar dudas por lo que no existen datos perdidos.

Como limitaciones hay que destacar el escaso número de artículos publicados que se centren sus estudios en este grupo de individuos. Otra limitación es, no hacer un seguimiento de los familiares para realizar comparaciones con distintas variables a lo largo del tiempo que el residente permanece institucionalizado.

Por último y considerando los resultados obtenidos en este estudio, se sugiere seguir realizando estudios de investigación para crear un marco conceptual que incluyan a los familiares como eslabón básico del círculo familia-residente-residencia, dado que su calidad de vida física, psicológica, de relaciones sociales y ambiental influye directamente en la salud y el bienestar de los ancianos que viven en la residencia.

Este estudio utiliza una encuesta validada a nivel nacional WHOQOL-BREF, que contiene indicadores referidos a la calidad de vida y aporta una visión integral sobre este tema.

## 8. CONCLUSIONES

En general, los familiares que forman la muestra manifiestan una Calidad de Vida General (CVG) buena, una Calidad de Vida Percibida (CVP) entre normal y buena y una situación de satisfacción con su Salud (SSP), observándose una disminución de la mejora en todas ellas a medida que aumenta la edad de los familiares.

No existen diferencias significativas entre géneros, aunque las mujeres perciben mejor CVSRS y CVSF que los hombres.

Los familiares responden al perfil de persona adulta (55.4 años), principalmente mujeres (59.64%), dos tercios son hijos del residente y están casados, más de la mitad son trabajadores por cuenta ajena y casi el 50% poseen un nivel de estudios universitarios.

Se considera que las personas con mayor nivel de estudios y que desarrollan trabajos por cuenta propia están más satisfechos con su salud y calidad de vida percibida, siendo los viudos y jubilados los que mejor calidad de vida general presentan. En relación con la asiduidad de las visitas, los hijos políticos que visitan diariamente a sus allegados refieren mejor calidad de vida y su salud percibida. Con respecto a la calidad de vida general, expresan más satisfacción los hijos políticos que visitan a sus familiares dos veces al mes.

Los familiares cuyos residentes llevan institucionalizados de 2-5 años y son capaces de realizar las ABVD de forma autónoma refieren mejor calidad de vida. En este estudio se observó que la responsabilidad sobre la que recae la decisión de la institucionalización no actúa como factor modificador de la calidad de vida de los familiares.

Sobre la CVSF se observa que los hijos, familiares con estudios primarios, viudos y pensionistas. En cuanto a la CVSP, los hijos políticos, viudos, personas con estudios primarios y aquellos que trabajan por cuenta propia son los que presentan mejores niveles. Respecto a la CVSRS, los hijos, divorciados, familiares con estudios secundarios y trabajos no reenumerados son los que manifiestan sentirse más satisfechos. Y, por último, la mejor percepción sobre la CVSA corresponde a los hijos políticos, viudos, jubilados y con un nivel de estudios universitarios.

Se concluye que los familiares de residentes autónomos para realizar las ABVD, que llevan menos de un año institucionalizados son los que describen como buenas las cuatro dimensiones.

Recalcar la importancia de que no solo se debe de contemplar a los residentes como grupo vulnerable tras la decisión de ingresar en una residencia, sino que los familiares también se ven afectados con esta decisión.

Los familiares, al igual que los residentes han de enfrentar un periodo de adaptación a los nuevos protocolos de la residencia, ajustarse a los horarios, volcar su confianza en los profesionales que a partir de ese momento son sus principales cuidadores y en general a un cambio de vida.

Por esto se recomienda seguir realizando estudios sobre este colectivo que permitan conocer sus fortalezas y carencias que faciliten el desarrollo de actuaciones tanto en el ámbito público como privado con la finalidad de promover la participación y la implicación en el cuidado diario de los residentes y que mejoren las relaciones con los profesionales de los centros sociosanitarios.

## **9. AGRADECIMIENTOS**

A mi tutora, Doctora María Jesús Cardoso por ofrecerme todos sus conocimientos profesionales que me han servido de guía para poder realizar este trabajo, por brindarme su tiempo y disponibilidad incondicional. En ella siempre he encontrado todo el apoyo y motivación, incluso en los momentos más duros.

A todos los participantes y colaboradores que han participado voluntariamente en este proyecto, especialmente a Concepción Oliván Manero y Marta García Sarrais, directoras de las residencias Ciudad de Huesca y Casa Amparo de Huesca.

A Eduardo, María y Eva con todo mi amor.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Envejecimiento. [Internet] 2021 [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Naciones Unidas. [Internet] 2019. Perspectivas de la Población Mundial 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Dinámica de poblaciones. [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Graphs/>
3. Unión Europea. [Internet] 2021. Envejecimiento en Europa: una mirada a las personas mayores. Eurostat 2019. [consultado 1 Jun 2021]; Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/about/policies/copyright>
4. Ine.es [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; [Consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/idb/idb.htm>
5. Problemas Socio-Familiares y Familias Multiproblemáticas. Trabajo Social Individual y Familiar [Internet].2020 [consultado 4 Jun 2021] Disponible en: <https://studylib.es/doc/65047/problemas-socio-familiares-y-familias-multiproblem%C3%A1ticas>
6. Aguirre Editora R. Las bases invisibles del bienestar social. [Internet]. [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9604/1/Las bases invisibles.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9604/1/Las%20bases%20invisibles.pdf).
7. Galvis Palacios LF, López-Díaz L, Velásquez G Vilma F. Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. Index Enferm [Internet]. 2018 [consultado 1 Jun 2021]; 27(3): 170-174. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200013&lng=es).
8. ¿Cómo ha evolucionado el perfil del cuidador familiar en España? - Fundación Edad&Vida [Internet]. [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en:

<https://www.edad-vida.org/blog/ha-evolucionado-perfil-del-cuidador-familiar-espana/>

9. Rodríguez Rodríguez P. HACIA UN NUEVO MODELO DE ALOJAMIENTOS. Las residencias en las que queremos vivir. Fundación Pilares para la autonomía personal. [Internet] 2011 p.6-10. [Consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: [https://www.fundacionpilares.org/docs/las\\_ressidencias\\_que\\_queremos.pdf](https://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf)
10. Lindström Karlsson A. Nordic approach to Integrated Home Care [Internet]. 2019 [Consultado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2019/11/03-ASTRID-LINDSTROM.pdf>
11. BOA [Internet] Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
12. Villanueva Lumbreras A., García-Vivar C., Canga Armayor N., Canga Armayor A. Efectividad de las intervenciones familiares en centros geriátricos: una revisión sistemática. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2015 [citado 4 Jun 2021]; 38( 1 ): 93-104. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272015000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100010&lng=es).
13. Orley J, Saxena S. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Grupo OMS sobre la calidad de vida; 1996 [consultado 5 May 2021]. (17)385-87. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Nava GMG. "La calidad de vida: análisis multidimensional" Enf Neurol. 2012;11(3), 129-137.
15. Marcial Romero N, Peña Olvera BV, Escobedo Garrido JS, Macías López A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de

- hogares rurales en Yehualtepec, Puebla Estud. Soc [Internet]. 2016 [consultado 5 May 2021];26(48), 277-303. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572016000200277&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572016000200277&lng=es&tlng=es) Ministerio de Sanidad [Internet]. Consulta Interactiva del SNS. Encuesta Nacional de Salud. [Consultado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ense>
16. Ministerio de Sanidad [Internet]. Consulta Interactiva del SNS. Encuesta Nacional de Salud. [consultado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/I/ense/serie-historica/i/salud-percibida-y-calidad-de-vida/valoracion-positiva-del-estado-de-salud-percibida-en-los-ultimos-12-meses/grupo-de-edad-sexo-y-nivel-de-estudios>
17. Ministerio de Sanidad [Internet]. Consulta Interactiva del SNS. Encuesta Nacional de Salud. [consultado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/ii/trabajo-reproductivo/cuidado-de-mayores-de-74-anos>
18. RAE [Internet]. Diccionario panhispánico de dudas 2005. [consultado 18 May 2021] Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/g%C3%A9nero>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSPESSMENT. Ginebra 1996. [Internet] 2020 [consultado 22 Nov 2020] Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
20. Purba FD et al. Quality of life of the Indonesian general population: Test-retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. NCBI [Internet]. 2018 [Consultado 10 Feb 2019]. 13(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29750806>

21. SAS. Servicio Andaluz de Salud. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. [Internet] 2010. [consultado 21 Nov 2020]. Disponible en: [https://www.SSPpa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf](https://www.SSPpa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf)
22. Botero de Mejía BE, Pico Merchán, ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 65 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2007 [Consultado 16 May 2021]; 12: 11-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
23. Ortuño Esparza A, Pina Roche F. Experiencias de calidad de vida en hombres y mujeres con incontinencia urinaria [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Dialnet [Internet]. 2016. 156p. [consultado 16 May 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128300>
24. Mikulic IM, Crespi M, Caballero R. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA, EMOCIONES, CREENCIAS Y SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID 19. Observatorio Psicología Social Aplicada. UBA. Buenos Aires. [Internet]. 2020 [Consultado 18 May 2021]; Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/FUDEN%20ECG%202021/Informe%20OPSA%20Calidad%20de%20Vida%202021.pdf>
25. Ministerio de Sanidad [Internet]. Consulta Interactiva del SNS. Encuesta Nacional de Salud. [consultado 1 Jun 2021] Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/I/ense/serie-historica/i/salud-percibida-y-calidad-de-vida/valoracion-positiva-del-estado-de-salud-percibida-en-los-ultimos-12-meses/sexo-y-grupo-de-edad>
26. Pasa D, Silveira M. Bienestar y calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con discapacidad. Psicología Salud y

- Enfermedades [Internet]. 2020 [citado 2 Jun 2021]; 21(2): 415-422. Disponible en: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862020000200016&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862020000200016&lng=pt).
27. Pérez Díaz J, Abellan García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básico. [Internet] 2020. Informes Envejecimiento en red. EnD?;25 p29-37. [consultado 18 May 2021] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
28. Artaza Artabe I, Ramos Cordero P, González Núñez J, Martínez Hernández D. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. SEGG [Internet]. [consultado 18 May 2021]. Disponible en: [www.imc-sa.es](http://www.imc-sa.es)
29. Guerrero Ceh GJ, Can AR, Sarabia Alcocer B. Identificación de niveles de calidad de vida en personas con un rango de edad entre 50 y 85 años. Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas. RICSH. [Internet] 2016. Vol. 5, Núm. 10. [consultado 15 May 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771331&info=resumen>
30. Saavedra J. Factores sociodemográficos y eventos de vida tempranos asociados con la felicidad en adultos de Lima Metropolitana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Rev Peru Med Exp .2020;37(1):42-50
31. Blandón-Hincapié, A. I. & López-Serna, L. M. Comprensiones sobre pareja en la actualidad: jóvenes en busca de estabilidad. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2016, 14 (1), pp. 505-517
32. Buoro RS, Nogueira MP. Quality of Life and Challenges of Family Members of Children with Meningomyelocele. Acta Ortop Bras [Internet]. 2020 [consultado 23 May 2021]; 28(6): 291-295. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220202806237160>



33. López-Martínez C, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Sense of coherence and subjective overload, anxiety and depression in caregivers of elderly relatives. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 [consultado 22 May 2021];33(2):185–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174275/>
34. Storti LB, Quintino DT, Michelato NS, Kusumota L, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [consultado 22 May 2021]; 24: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27533264>.
35. Mahoney R. Anxiety and Depression in Family Caregivers of People With Alzheimer Disease: The LASER-AD Study. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2005 [consultado 22 May 2021];13(9):795–801. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16166409/>
36. Leturia Arrazola FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores | *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. SEGG [Internet]. [consultado 22 May 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-epub-13011672>
37. Gaugler, J. E., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. Cuidado e institucionalización: Percepciones de conflictos familiares y apoyo socioemocional. *Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano* [Internet]. [consultado 22 May 2021]; 49(1), 1-25 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7>
38. Romero Romero VY, Martínez Durán AA. ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ANCIANOS EN EL HOGAR GERIATRICO SEMILLITAS DE FE-BARRANQUILLA (SEDE 3). [Internet]. 2018 [consultado 22 May 2021]. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6537/1/2018\\_adaptaci%C3%B3n\\_ancianos\\_hogar.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6537/1/2018_adaptaci%C3%B3n_ancianos_hogar.pdf)

39. Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. [Internet]. 2017 [consultado 17 May 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
40. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicción de la admisión de hogares de ancianos en los EE. UU.: un metaanálisis. *La Revista Internacional del Envejecimiento y el Desarrollo Humano. BMC Geriatr* [Internet]. 2007 [consultado 22 May 2021]; Jun 19; 7:13 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7>
41. Torres Malagon RP. Del impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. *Revista CES Salud Pública* [Internet]. 2012 [consultado 23 May 2021]; Vol 3(1)108-115. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7>

## 11. ANEXOS

### Anexo 1: Abreviaturas

Calidad de Vida General.....	CVG
Calidad de Vida Percibida.....	CVP
Satisfacción de Salud Percibida.....	SSP
Comunidades Autónomas.....	CCAA
Instituto Nacional de Estadística.....	INE
Encuesta Nacional De Salud De España.....	ENSE
Organización Mundial de la Salud.....	OMS
Instituto de Mayores y Servicios Sociales.....	IMSERSO
Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón.....	CEICA
Actividades Básicas de la Vida Diaria.....	ABVD
Calidad de Vida Salud Física.....	CVSF
Calidad de Vida Salud Psicológica.....	CVSP
Calidad de Vida Salud Relaciones Sociales.....	CVSRS
Calidad de Vida Salud Ambiental.....	CVSA

## Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico

Lea y rellene el cuestionario, eligiendo una opción de cada apartado, excepto en la pregunta nº9 que admiten varias respuestas.

### BLOQUE 1 (DATOS REFERIDOS EXCLUSIVAMENTE AL VOLUNTARIO)

#### 1-EDAD.....

<b>2-SEXO</b> 1. HOMBRE 2. MUJER	<b>3-ESTADO CIVIL</b> 1. CASADO/A 2. SOLTERO/A 3. VIUDO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. OTROS
<b>4-NIVEL DE ESTUDIOS</b> 1. BÁSICOS 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. BACHILLERATO/FORMACIÓN PROFESIONAL 5. DIPLOMATURA/GRADUADO SUPERIOR 6. OTROS	<b>5-PROFESIÓN</b> 1. TRABAJADOR/A AUTÓNOMO/A 2. TRABAJADOR/A POR CUENTA AJENA 3. PARADO/A 4. TRABAJO NO RENUMERADO (AMO/A DE CASA) 5. JUBILADO/A 6. PENSIONISTA
<b>6-PARENTESCO</b> 1. HIJO/A 2. HERMANO/A 3. YERNO/NUERA 4. SOBRINO/A 5. CUÑADO/A 6. OTROS	<b>7-NÚMERO DE VISITAS</b> 1. TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA 2. DE 4 A 5 DÍAS POR SEMANA 3. DE 2 A 3 DÍAS POR SEMANA 4. 1 DÍA A LA SEMANA 5. 2 VECES AL MES 6. MENOS DE 1 VEZ AL MES

## **BLOQUE 2 (DATOS REFERIDOS AL FAMILIAR INSTITUCIONALIZADO)**

### **8-GRADO DE DEPENDENCIA PARA ABVD (Actividades básicas de la vida diaria)**

*Baño o ducha, vestido, alimentación, control de esfínteres, movilidad, higiene personal, descanso.*

1. AUTÓNOMO
2. NECESITA AYUDA PARA ALGUNAS DE ELLAS
3. NECESITA AYUDA PARA TODAS

### **9-PATOLOGIAS**

Seleccione el número de patologías que sufre el residente.

Diabetes, Hipertensión arterial, Colesterol, Artritis, Artrosis, Enfermedad física degenerativa, Alzheimer, Parkinson, Demencia senil, ICTUS, otras.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	--

### **10-MOTIVO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN**

1. DECISIÓN PROPIA
2. DECISIÓN FAMILIAR
3. ORDEN OFICIAL/JUDICIAL

### **11-TIEMPO INSTITUCIONALIZADO**

1. MENOS DE 1 AÑO
2. MÁS DE 1 AÑO
3. ENTRE 2 Y 5 AÑOS
4. MÁS DE 5 AÑOS

### Anexo 3: Cuestionario WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

¿CUÁNDO NACIÓ?	Día	Mes	Año
¿QUÉ ESTUDIOS TIENE?	Ninguno	Medios	
	Primarios	Universitarios	
¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?	Soltero/a	Separado/a	Casado/a
	Divorciado/a	En pareja	Viudo/a

¿EN LA ACTUALIDAD, ESTÁ ENFERMO/A?      Sí                                      No

Si tiene algún problema con su salud, ¿QUÉ PIENSA QUE ES?	Enfermedad/Problema
-----------------------------------------------------------	---------------------

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**.

*Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:*

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿OBTIENE DE OTRAS PERSONAS EL APOYO QUE NECESITA?	1	2	3	4	5

*Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:*

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿OBTIENE DE OTRAS PERSONAS EL APOYO QUE NECESITA?		1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	<b>¿CÓMO CALIFICARÍA SU CALIDAD DE VIDA?</b>	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	<b>¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SU SALUD?</b>	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	<b>¿HASTA QUÉ PUNTO PIENSA QUE EL DOLOR (FÍSICO) LE IMPIDE HACER LO QUE NECESITA?</b>	1	2	3	4	5
4	<b>¿EN QUÉ GRADO NECESITA DE UN TRATAMIENTO MÉDICO PARA FUNCIONAR EN SU VIDA DIARIA?</b>	1	2	3	4	5
5	<b>¿CUÁNTO DISFRUTA DE LA VIDA?</b>	1	2	3	4	5
6	<b>¿HASTA QUÉ PUNTO SIENTE QUE SU VIDA TIENE SENTIDO?</b>	1	2	3	4	5
7	<b>¿CUÁL ES SU CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN?</b>	1	2	3	4	5
8	<b>¿CUÁNTA SEGURIDAD SIENTE EN SU VIDA DIARIA?</b>	1	2	3	4	5
9	<b>¿CÓMO DE SALUDABLE ES EL AMBIENTE FÍSICO A SU ALREDEDOR?</b>	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	<b>¿TIENE ENERGÍA SUFICIENTE PARA LA VIDA DIARIA?</b>	1	2	3	4	5
11	<b>¿ES CAPAZ DE ACEPTAR SU APARIENCIA FÍSICA?</b>	1	2	3	4	5
12	<b>¿TIENE SUFICIENTE DINERO PARA CUBRIR SUS NECESIDADES?</b>	1	2	3	4	5
13	<b>¿DISPONE DE LA INFORMACIÓN QUE NECESITA PARA SU VIDA DIARIA?</b>	1	2	3	4	5
14	<b>¿HASTA QUÉ PUNTO TIENE OPORTUNIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES DE OCIO?</b>	1	2	3	4	5
15	<b>¿ES CAPAZ DE DESPLAZARSE DE UN LUGAR A OTRO?</b>	1	2	3	4	5



Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/ a
16	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SU SUEÑO?	1	2	3	4	5
17	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SU HABILIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA?	1	2	3	4	5
18	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SU CAPACIDAD DE TRABAJO?	1	2	3	4	5
19	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ DE SÍMISMO?	1	2	3	4	5
20	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SUS RELACIONES PERSONALES?	1	2	3	4	5
21	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5
22	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON EL APOYO QUE OBTIENE DE SUS AMIGOS/AS?	1	2	3	4	5
23	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ DE LAS CONDICIONES DEL LUGAR DONDE VIVE?	1	2	3	4	5
24	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON EL ACCESO QUE TIENE A LOS SERVICIOS SANITARIOS?	1	2	3	4	5
25	¿CÓMO DE SATISFECHO/A ESTÁ CON LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE SU ZONA?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	<b>¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE SENTIMIENTOS NEGATIVOS, TALES COMO TRISTEZA, DESESPERANZA, ANSIEDAD, ¿O DEPRESIÓN?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

¿LE HA AYUDADO ALGUIEN A RELLENAR EL CUESTIONARIO?

¿CUÁNTO TIEMPO HA TARDADO EN CONTESTARLO?

¿LE GUSTARÍA HACER ALGÚN COMENTARIO SOBRE EL CUESTIONARIO?

## Anexo 4: Propuesta de trabajo aceptada por la tutora



<p align="center"><b>TRABAJO DE FIN DE MASTER GERONTOLOGIA SOCIAL</b></p> <p align="center">CURSO ACADÉMICO 20<u>20</u> - 20<u>21</u></p> <p align="center"><b>PROPUESTA DE TRABAJO DE FIN DE MÁSTER</b></p> <p align="center">ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES DE</p> <p><b>TÍTULO:</b> USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN LA CIUDAD DE HUESCA</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### DATOS DEL ESTUDIANTE:

APELLIDOS: MONGIO PARDO NOMBRE: ANA BELÉN  
TELÉFONO DE CONTACTO: 661650822  
CORREO ELECTRÓNICO: anamarracos@telefonica.net  
573164@unizar.es

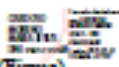
### DATOS DEL DIRECTOR/A DEL TFM:

APELLIDOS: CARDOSO MORENO NOMBRE: MARÍA JESÚS  
ASIGNATURA: TRABAJO FIN DE MÁSTER GERONTOLOGÍA SOCIAL  
CORREO ELECTRÓNICO: mcarmor@unizar.es

### DATOS DEL CO-TUTOR DEL TFM (OPCIONAL):

APELLIDOS: NOMBRE:  
CENTRO DE TRABAJO:  
CORREO ELECTRÓNICO:

Alumn@: ANA BELÉN MONGIO PARDO *Ana Belén Mongio* (Firma)

ACEPTA/N la Dirección de este Trabajo Fin de Máster.   
TUTOR/A: (Firma)

COTUTOR/A: (Firma)

En Zaragoza, a 31 de MAYO de 2021

## Anexo 5: Consentimiento de participación de las residencias



Avda. San Juan Bosco, 13. 50009 Zaragoza

### MEMORIA ECONÓMICA-UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN INVESTIGACIÓN

*El fin de este documento es disponer de la información necesaria para garantizar un uso adecuado y eficiente de los recursos tales como tiempo de los profesionales, aparataje y dispositivos, pruebas complementarias, que son necesarios para desarrollar el proyecto. Indique si forman parte de los que se utilizan en la práctica clínica habitual del servicio en que lo va a desarrollar o si precisa de recursos y pruebas diagnósticas adicionales. Marque lo que proceda:*

**TÍTULO DEL PROYECTO: ESTUDIO SOBRE LA VALORACIÓN DE CÓMO AFECTAN A LOS FAMILIARES LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS IMPUESTAS A RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE HUESCA DEBIDO A LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS.**

Investigadora: Ana Belén Mongio Pardo

#### 1. Uso de recursos:

	SI	NO
Dispone de financiación específica para el desarrollo del proyecto Especifique la fuente de financiación:		X
En caso afirmativo indique la cantidad y la procedencia de los fondos. En caso de convocatoria competitiva se debe adjuntar el presupuesto concedido desglosado		
¿Requiere colaboración de personal del Servicio para el desarrollo del Proyecto de Investigación?		
En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto:		
¿Requiere participación del personal de otros Servicios para el desarrollo del Proyecto de Investigación?		
En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto, y recoja la firma del Jefe de Servicio correspondiente:		
¿Requiere sólo pruebas diagnósticas utilizadas en la práctica clínica habitual para los pacientes incluidos en el estudio?		
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en el propio servicio?		
En caso afirmativo indique cuáles. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2		
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en otros servicios?		
En caso afirmativo indique cuáles y haga constar la aceptación expresa del jefe del servicio o unidad. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2		

#### 2. Valoración coste pruebas diagnósticas adicionales a la práctica asistencial:

Prueba	Coste unitario	Nº pruebas	Coste total

#### 3. Conformidad de los responsables de los servicios implicados (NECESARIA SIEMPRE):

<b>Firma</b>  <b>Nombre: Marta García Sarrales</b>	<b>Firma</b>  <b>Nombre:</b>
----------------------------------------------------------	------------------------------------

VERSIÓN 1 de 20/11/2020

## MEMORIA ECONÓMICA-UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN INVESTIGACIÓN

El fin de este documento es disponer de la información necesaria para garantizar un uso adecuado y eficiente de los recursos tales como tiempo de los profesionales, aparatos y dispositivos, pruebas complementarias, que son necesarios para desarrollar el proyecto. Indique si forman parte de los que se utilizan en la práctica clínica habitual del servicio en que lo va a desarrollar o si precisa de recursos y pruebas diagnósticas adicionales. Marque lo que proceda:

**TÍTULO DEL PROYECTO: ESTUDIO SOBRE LA VALORACIÓN DE CÓMO AFECTAN A LOS FAMILIARES LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS IMPUESTAS A RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE HUESCA DEBIDO A LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS.**

Investigadora: Ana Belén Mongio Pardo

### 1. Uso de recursos:

	SI	NO
Dispongo de financiación específica para el desarrollo del proyecto Especifique la fuente de financiación:		X
En caso afirmativo indique la cantidad y la procedencia de los fondos. En caso de convocatoria competitiva se debe adjuntar el presupuesto concedido desglosado		
¿Requiere colaboración de personal del Servicio para el desarrollo del Proyecto de Investigación?		
En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto:		
¿Requiere participación del personal de otros Servicios para el desarrollo del Proyecto de Investigación?		
En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto, y recoja la firma del Jefe de Servicio correspondiente:		
¿Requiere sólo pruebas diagnósticas utilizadas en la práctica clínica habitual para los pacientes incluidos en el estudio?		
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en el propio servicio?		
En caso afirmativo indique cuáles. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2		
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en otros servicios?		
En caso afirmativo indique cuáles y haga constar la aceptación expresa del jefe del servicio o unidad. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2		

### 2. Valoración coste pruebas diagnósticas adicionales a la práctica asistencial:

Prueba	Coste unitario	Nº pruebas	Coste total

### 3. Conformidad de los responsables de los servicios implicados (NECESARIA SIEMPRE):

Firma	Firma
Nombre: Fdo: Concepción OLIVAN VILLANAR LA DIRECTORA	Nombre:

## Anexo 6: Permiso favorable del CEICA



### Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. P120/593

13 de enero de 2021

Dña. María González Híjnos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 13/01/2021, Acta Nº 01/2021 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: ESTUDIO SOBRE LA VALORACIÓN DE CÓMO AFECTAN A LOS FAMILIARES LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS IMPUESTAS A RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE HUESCA DEBIDO A LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS.**

**Alumna: Ana Belén Mongio Pardo**

**Directora: María Jesús Cardoso Moreno**

**Versión protocolo: VERSIÓN 2 de 27/12/2020**

**Versión documento de información y consentimiento: VERSIÓN 2 de 27/12/2020**

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ  
HINJOS MARIA  
DNI 03857456B

Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B  
Fecha: 2021.01.13  
10:56:10 +01'00'

María González Híjnos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

## Anexo 7: Cronograma

FASES	OCTUBRE-2020	NOVIEMBRE-2020	DICIEMBRE-2020	ENERO-2021	FEBRERO-2021	MARZO-2021	ABRIL-2021	MAYO-2021	JUNIO-2021
FASE 1									
FASE 2									
FASE 3									
FASE 4									
FASE 5									
FASE 6									
FASE 7									
FASE 8									
FASE 9									

**FASE 1:** Entrevista, exposición y solicitud de dirección del TFM.

**FASE 2:** Contacto con residencias para solicitar colaboración.

**FASE 3:** Documentación y actualización sobre el tema.

**FASE 4:** Solicitud de permiso al CEICA.

**FASE 5:** Aprobación CEICA.

**FASE 6:** Entrega y recogida de documentación (cuestionarios).

**FASE 7:** Análisis de las encuestas.

**FASE 8:** Redacción TFM.

**FASE 9:** Entrega y defensa TFM.

